

## ใบสมัคร

ประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ 4<sup>th</sup> Advanced Emergency Care (AEC) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

ระหว่างวันที่ 2-3 สิงหาคม 2561

ณ ห้องประชุมหน้าเมืองชั้น 3 โรงแรมเจริญธานี ขอนแก่น

(กรุณากรอกข้อมูลให้ชัดเจน)

\*\*\*\*\*

1. ชื่อ-นามสกุล(ตัวบรรจง) (ยศ).....เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....  
ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....  
โทรศัพท์มือถือ.....e-mail.....
2. ชื่อ-นามสกุล(ตัวบรรจง) (ยศ).....เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....  
ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....  
โทรศัพท์มือถือ.....e-mail.....
3. ชื่อ-นามสกุล(ตัวบรรจง) (ยศ).....เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....  
ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....  
โทรศัพท์มือถือ.....e-mail.....

### ข้อมูลโรงแรม (จองที่พักเอง)

- โรงแรมเจริญธานี ขอนแก่น ที่อยู่ : ถ.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น โทร 043-220 400  
สมัครได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ชำระค่าลงทะเบียนโดยการโอนเงิน บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาศรี  
จันทร์เลขที่ 437-057828-0 ชื่อบัญชี “มูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่น” รับจำนวนจำกัดเพียง 100  
ท่านเท่านั้น

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียนได้ที่ กลุ่มงานเวช  
ศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น โทรศัพท์/โทรสาร 043-232555 ต่อ 3804 หรือทาง E-mail ;  
[erstaffkkh@gmail.com](mailto:erstaffkkh@gmail.com) ผู้ประสานงาน คุณธนาภา ชัยสงคราม โทรศัพท์มือถือ 089-7124427