

06/17/07



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๓๐๓๕
วันที่ ๐๒ ก.ค. ๒๕๕๖
เวลา ๑๕.๓๐

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
รับเลขที่ 1282
วันที่ 12 / ๗๐ / 56
เวลา

ที่ สคท.012/7/2556

1 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมฝึกอบรม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงการฝึกอบรมและกำหนดการฯ จำนวน 1 ฉบับ
 2. แบบตอบรับการเข้าร่วมฝึกอบรม จำนวน 1 ฉบับ
 3. หนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค.0409.7/ว.51 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2548

ด้วย สมาคมการแพทย์คีเลชั่นไทยจะจัดฝึกอบรมเรื่อง “คีเลชั่นบำบัด Chelation Therapy” ครั้งที่ 11 เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านคีเลชั่นบำบัดให้กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและผู้สนใจ ที่จะนำองค์ความรู้ดังกล่าวไปใช้ประกอบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อไป

สมาคมการแพทย์คีเลชั่นไทย ขอเชิญเข้าร่วมฝึกอบรมเรื่อง “คีเลชั่นบำบัด Chelation Therapy” ครั้งที่ 11 ในระหว่างวันที่ 2-4 ตุลาคม 2556 ณ ห้อง Convention Hall C ชั้น L โรงแรมแอมบาสเดอร์ ซ.สุขุมวิท 11 รายละเอียดดังที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเข้าร่วมฝึกอบรมดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นพ. สรฉ.

๑. เพื่อโปรดทบทวน

๒. เห็นสมควรมอบคุณกิจนิตยา

ปลัดสภามหาวิทยาลัย

12 ก.ค. 56



ดำเนินการ

ave

ขอแสดงความนับถือ

นพ. สรฉ.

(นายสมชัย วิโรจน์แสงอรุณ)

(นายแพทย์ ธานีรัตน์) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา

ประธานฝึกอบรม

สมาคมการแพทย์คีเลชั่นไทย

แบบตอบรับเข้าร่วมฟัทอบรม

ฝัทอบรมเรื่อง “คีเลชั่นบำบัด Chelation Therapy” ครั้งที่ 11

ระหว่างวันที่ 2-4 ตุลาคม 2556

ณ ห้อง Convention Hall C ชั้น L โรงแรมแอมบาสเดอร์ ซ.สุขุมวิท 11

1. ข้อมูลผู้สมัคร (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

ชื่อ (นาย / นาง / น.ส.) นามสกุล.....

ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ).....

อายุ.....ปี อาชีพ.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....ใบประกอบวิชาชีพเลขที่.....

ที่อยู่ออกไปเสร็จ เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-Mail:

2. ค่าลงทะเบียน

➤ ค่าลงทะเบียนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและผู้สนใจ

ชำระเงินก่อนวันที่ 30 สิงหาคม 2556 เป็นจำนวนเงิน 9,000 บาท

ชำระเงินภายในวันที่ 30 กันยายน 2556 เป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท

3. ที่พัก

ห้องแสดนดาร์ด(ดีกเมนวิง) (เตียงคู่ 1,500 บาท / เตียงเดี่ยว 1,300 บาท)

ห้องซูพีเรีย(ดีกทาวเวอร์วิง) (เตียงคู่ 2,200 บาท / เตียงเดี่ยว 2,000 บาท)

ห้องพักเดี่ยวจำนวน.....ห้อง จำนวน.....คืน

ห้องพักรู้ จำนวน.....ห้อง จำนวน.....คืน

รับจำนวนจำกัด
เท่านั้น !!

4. วิธีการชำระเงิน : กรุณาโอนเงินล่วงหน้าก่อนการสัมมนา 7 วัน

ชื่อบัญชี “สมาคมการแพทย์คีเลชั่นไทย”

เลขที่บัญชี 091-0-14031-6 / ธนาคารกรุงไทย/ สาขารัชดาภิเษก-ห้วยขวาง/ออมทรัพย์

กรุณาแฟกซ์ Pay-in พร้อมระบุชื่อ -นามสกุล (ผู้ร่วมสัมมนา)

5. กรุณาส่งแบบตอบรับที่

สำนักงานชั่วคราว 302/53 ซอยลาดพร้าว 71 ถนนลาดพร้าว แขวงคลองเจ้าคุณสิงห์ เขตวังทองหลาง

กรุงเทพมหานคร 10320

ติดต่อสอบถาม : คุณออย (086-330-0309)

E-mail : nuch_cmat@hotmail.com / oil_Chelation@hotmail.com

หมดเขตรับสมัครเข้าร่วมสัมมนา ณ วันศุกร์ที่ 27 กันยายน 2556



สมาคมการแพทย์คีเลชั่นไทย

โทรศัพท์./โทรสาร. 02-931-2246