



สำนักงานอธิการบดี
 ๒๕๕๘
 ๑๓ ต.ค. ๒๕๕๘
 ๑๔.๐๙
 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๓๐ ถนนพระราม ๖ เขตราชเทวี กทม.๑๐๕๐๐

โทร. ๐-๒๒๐๑-๑๕๑๒ โทรสาร ๐-๒๒๐๑-๒๐๑๑

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๗ / ๒๖๐๕

วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญเข้าอบรม

ฝ่ายที่มอบหมายงาน
 รับเลขที่... ๓๕๖๑
 วันที่... ๑๓.๑๐.๕๘
 เวลา.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ด้วยภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จะจัดการอบรมเรื่อง **Cardiac rhythm: theory & analysis for critical care nurses** สำหรับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน อาจารย์พยาบาลที่สอนวิชาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน จากโรงพยาบาลต่าง ๆ และสถาบันการศึกษาพยาบาลทั่วประเทศ จำนวน ๒๕๐ คน ในวันที่ ๒๖-๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ ณ ห้องประชุมชั้น ๕ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ ใคร่ขอเชิญบุคลากรพยาบาลในสังกัดของท่านที่สนใจ สมัครเข้าประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น โดยเก็บเงินค่าลงทะเบียนคนละ ๒,๕๐๐ บาท(สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)ค่าลงทะเบียนรวมค่าเอกสาร อาหารว่างและอาหารกลางวัน ผู้เข้าอบรมสามารถเข้าอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลาและมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามระเบียบทางราชการจากต้นสังกัด ทั้งนี้เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว (ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค ๐๔๐๕.๖ / ว ๕๕ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๔๕ เรื่องระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ. ๒๕๔๕) ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

-เพื่อโปรดทราบ

-เห็นสมควรให้ คุณณิฉินันต์ ประชาสัมพันธ์

๑๓ ต.ค. ๕๘

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จริยา วิฑะศุกร)

หัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์

ชอ
 สวช
 ๑๓๑๐๕๖

(นายสมชัย วิโรจน์แสงอรุณ)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา

ปฏิบัติการราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม นำสู่คุณภาพ

ใบสมัครเข้าอบรมเรื่อง

Cardiac rhythm: theory & analysis for critical care nurses

ระหว่างวันที่ 26-28 พฤศจิกายน 2553

ณ ห้องประชุมชั้น 9 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
(ใบสมัครสามารถถ่ายเอกสารได้)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

1. ชื่อ (ไทยตัวบรรจง) (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล
- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน
- ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ
- Email Address

2. มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมประชุม โดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา รามาธิบดี ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี (1)

เลขที่ 026-4-33986-9 จำนวนเงิน 2,500 บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน) (ค่าลงทะเบียนรวมอาหารว่าง อาหารกลางวัน และเอกสารการประชุม)

3. ขอให้ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้เข้าอบรม หน่วยงาน(โปรดระบุ).....
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....
4. อาหาร ไทย อิสลาม มังสวิรัติ

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

หมายเหตุ ท่านจะเป็นผู้เข้าร่วมประชุมโดยสมบูรณ์เมื่อ

- กรอกใบสมัครตัวบรรจง ชัดเจนและส่งโทรสาร ใบสมัครพร้อมสำเนาหลักฐานการโอนเงินที่ได้รับจากธนาคารไปที่ หมายเลขโทรสาร 0-2201-2011 เมื่อส่งโทรสารแล้วกรุณาโทรกลับไปยืนยันว่า ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องฯ ได้รับหลักฐาน ที่ส่งไปหรือไม่ / ได้รับครบหรือไม่ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2201-1512, 0-2201-1608
- ท่านจะได้รับการตอบรับเข้าร่วมประชุม โดยทางอินเทอร์เน็ตตามลำดับการสมัครของผู้สมัครเข้าประชุม ซึ่งสามารถตรวจสอบลำดับที่และรายชื่อได้ที่ <http://www.ra.mahidol.ac.th/th/dpt/NS/home> ภายหลังจากส่งหลักฐานการสมัครแล้ว 1 สัปดาห์
- รับสมัครเฉพาะผู้ที่ได้โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านทางธนาคารเท่านั้น (สำรองที่นั่งเข้าประชุมผ่านทางธนาคาร) หากจำนวนผู้สมัครเข้าประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าประชุมได้อีก
- ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน
หมายเหตุ หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อได้ที่ 0-2201-1512, 0-2201-1608