



ใบสมัครเข้าร่วม โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดการทางเภสัชกรรม

เรื่อง การเพิ่มศักยภาพครอบครัวและเภสัชกรรมปฐมภูมิในยุค 2020

วันที่ 24 - 26 กุมภาพันธ์ 2563

ณ ห้อง Tipawan 1 โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี

ชื่อ - นามสกุล _____ เลขที่ใบประกอบ _____

สถานภาพ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ อาจารย์
 เภสัชกรทั่วไป แพทย์ พยาบาล บุคคลทั่วไป บุคลากรทางการศึกษา
 บุคลากรทางสาธารณสุข อื่นๆ _____

ศิษย์เก่าคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร เป็น ไม่เป็น

ลักษณะงานที่ท่านปฏิบัติ _____

หน่วยงานที่สังกัด ภาครัฐบาล ภาคเอกชน รัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว

สถานที่ทำงาน _____

ที่อยู่ติดต่อได้ หน่วยงาน บ้าน

เบอร์โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____ มือถือ _____

E-mail _____

ประเภทอาหาร อาหารทั่วไป มังสวิรัติ เจ อิสลาม

ค่าลงทะเบียน สำหรับเภสัชกรและผู้สนใจทั่วไป คนละ 3,500 บาท

หมายเหตุ (เช่น กรณีแพ้อาหาร, ความคาดหวังจากการเข้าร่วมโครงการ)

ออกใบเสร็จรับเงินในนามใคร โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล สังกัด อื่นๆ โปรดระบุ _____

ลงชื่อ _____

วันที่ _____



แบบฟอร์มการชำระค่าลงทะเบียน

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดการทางเภสัชกรรม
เรื่อง การเพิ่มศักยภาพครอบครัวและเภสัชกรรมปฐมภูมิในยุค 2020

วันที่ 24 - 26 กุมภาพันธ์ 2563

ณ ห้อง Tipawan 1 โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี

โอนเข้าชื่อบัญชี โครงการเพิ่มศักยภาพเภสัชกรครอบครัวและเภสัชกรรมปฐมภูมิในยุค 2020 ธนาคารกรุงไทย
สาขาสี่แยกสนามจันทร์ เลขที่บัญชี 719-0-78356-3

โปรดชำระค่าลงทะเบียนภายในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2563

ติดหลักฐานโอนเงินค่าลงทะเบียน

ชื่อ - นามสกุล _____ สังกัด _____

เบอร์โทรศัพท์ _____ มือถือ _____ E-mail _____

ค่าลงทะเบียน สำหรับเภสัชกรและผู้สนใจทั่วไป

วันที่ / เวลาที่โอนเงิน _____ จำนวนเงินที่โอน _____ 3,500 _____ บาท

ออกใบเสร็จรับเงินในนามใคร โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องดังต่อไปนี้ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ช่อง)

ชื่อ - นามสกุล สังกัด อื่นๆ โปรดระบุ _____

หมายเหตุ : เมื่อท่านติดหลักฐานการโอนเงิน และกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว กรุณานำแผ่นนี้ไปถ่ายเอกสารก่อน
เพื่อความชัดเจนและนำสำเนาที่ถ่ายเอกสารแล้ว ส่ง fax ไปที่ 034 - 244463 หรือสแกนเอกสารนี้และส่งทาง Email: ที่
prachanath@su.ac.th หรือ SINGLAW_Y@su.ac.th สามารถตรวจสอบการส่งหลักฐานการเงินที่คุณยุพิน สิงห์ลอ โทรศัพท์
081-9953457