

## ใบสมัครการประชุมเชิงปฏิบัติการ

สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)

เรื่อง "การประเมินและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา" ปี 2550 รุ่นที่ 4

วันที่ 27-29 พฤศจิกายน 2550 ณ ห้องภัทรียาศึก 2 ชั้น 4 โรงแรมเดอะทวินทาวเวอร์

รหัสกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ 2-000-HPT-000-07011-02 จำนวน 14 หน่วยกิต

ข้อมูลผู้สมัคร (กรุณาเขียนตัวบรรจงและใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  ที่เลือก)

(ภก./กญ./ยศ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

ตำแหน่ง/งานหลักที่รับผิดชอบ.....ประสบการณ์ในตำแหน่ง/งานนี้..... ปี

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์..... สถานภาพ  สมาชิก เลขที่.....  ผู้สนใจ

สถานที่ติดต่อ เลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

e-mail address.....

ชำระค่าลงทะเบียน  2,000 บาท สำหรับสมาชิกสมาคมฯ  3,500 บาท สำหรับผู้สนใจ

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี "สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)"

ธนาคารกสิกรไทย สาขาสุขุมวิท 57 เลขที่บัญชี 046-2-73779-3

ธนาคารกรุงเทพ สาขาลุมพินี เลขที่บัญชี 124-4-32953-6

ธนาคารดี ส่งจ่าย ปณ.สันติสุข 10113 ในนาม "สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)"

ต้องการให้ออกใบเสร็จในนาม.....

.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่.....

กรุณาส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการชำระเงิน ทางไปรษณีย์ หรือทางโทรสาร

ภายในวันที่ 16 พฤศจิกายน 2550 หรือจนกว่าจะครบจำนวนที่รับได้ (ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน)

**การสำรองห้องพัก** : อัตราค่าห้องพัก เดี่ยว 1,100/ห้อง/คืน ห้องคู่ 1,300 บาท/ห้อง/คืน รวมอาหารเช้า  
ติดต่อสำรองห้องพักที่ คุณชาลิสา ทัศนคุณไพศาล 0-2216-9555 ต่อ 11467 หรือ  
081-8134279 โทรสาร 0-2216-9535