

แบบฟอร์มการลงทะเบียน

แผนกการพยาบาลห้องผ่าตัด รพ.ศรีนครินทร์ ร่วมกับศูนย์ความเป็นเลิศด้านการผ่าตัดผ่านกล้อง (Sri-MIS)

การประชุมเชิงปฏิบัติการ ความก้าวหน้าและความปลอดภัย การใช้เครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้อง

“Safe Surgery in Minimal Invasive Surgery for the Future”

วันศุกร์ที่ 21 กรกฎาคม 2560

ณ โรงภาพยนตร์ SF และลานหน้า.ขอนแก่นฮอลล์ ชั้น 5 ห้างเซ็นทรัลพลาซ่าขอนแก่น

กรุณากรอกรายละเอียด (ด้วยตัวพิมพ์หรือตัวบรรจง)

ชื่อ-นามสกุล (ตัวบรรจง) นาย/นาง/นางสาว.....

เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ(10หลัก).....

แผนก.....รพ.....เบอร์โทรติดต่อ.....

ที่อยู่.....

สถานที่ส่งเอกสาร  ที่ทำงาน  ที่บ้าน เลขที่.....

ชื่อที่ต้องการออกใบเสร็จ  ชื่อผู้ลงทะเบียน  ชื่อหน่วยงาน (ตัวบรรจง).....

“ลงทะเบียน ตั้งแต่วันที่ 22 พฤษภาคม 2560 – 15 กรกฎาคม 2560”

ค่าลงทะเบียน 500 บาท/คน (วันที่โอนเงิน.....จำนวนเงินที่ชำระ.....)

การชำระเงิน โอนผ่านธนาคาร ไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น บัญชีประจำ

ชื่อบัญชี “หน่วยผ่าตัด 3” เลขที่บัญชี 551-107540-9

\* ประเภทของอาหาร

ทั่วไป  อิสลาม  มังสวิรัติ

ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการครั้งนี้ ได้รับหน่วยคะแนน  
การศึกษาต่อเนื่องจากสภาการพยาบาล

ส่งมาที่

กัลยารัตน์ แสนโกษณ์

แผนกการพยาบาลห้องผ่าตัด รพ.ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ต.โนนเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-363798 โทรสาร 043-348402 มือถือ 094-2619090

E-mail : [kalsan@kku.ac.th](mailto:kalsan@kku.ac.th)

เอกสารส่งกลับมาแผนกการพยาบาลห้องผ่าตัด รพ.ศรีนครินทร์ (ภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2560)

โดยทางไปรษณีย์ หรือทาง Fax 043-348402 หรือทาง E-mail : [kalsan@kku.ac.th](mailto:kalsan@kku.ac.th) ได้แก่

1. แบบฟอร์มลงทะเบียน
2. สำเนาใบนำฝากธนาคาร (กรุณาระบุชื่อ-สกุล ผู้เข้าร่วมประชุมในใบนำฝากเงินด้วย)