

ใบตอบรับ

การสัมมนาเรื่อง พยานทางการแพทย์ในกระบวนการยุติธรรม

วันศุกร์ที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

ห้องประชุมไพจิตร ปวะบุตร อาคาร ๗ ชั้น ๙ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

.....

รายละเอียดผู้เข้าประชุม

ชื่อ

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

E-mail address.....

หมายเลขโทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....

ชื่อ

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

E-mail address.....

หมายเลขโทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....

(โปรดส่งใบตอบรับการเข้าร่วมประชุม ภายในวันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๑ ที่ฝ่ายจริยธรรมและกฎหมาย สำนักงาน
เลขาธิการแพทยสภา หรือติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร.๐๒-๕๙๐-๑๘๘๑, ๐๒-๕๘๙-๗๗๐๐ มือถือ.๐๘๑-
๘๔๙-๙๕๖๐ โทรสาร.๐๒-๕๙๑-๘๖๑๔, ๕๙๑-๘๖๑๕ หรือ E-mail : ethics@tmc.or.th)

ผู้ประสานงาน : นางสาวปาวลิต ศรีสมยศ หรือ นางสาววิลาสินี บุญมีประเสริฐ

โดยสามารถ Download เอกสารโครงการ และใบตอบรับได้ใน www.tmc.or.th