

ที่ ศธ 65393(8).24/793



หน่วยวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

14 มีนาคม 2560

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมประชุมวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย กำหนดการประชุมวิชาการ “Diabetes Kidney Diseases & Dialysis for Diabetes (4D)”

หน่วยวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จัดให้มีการจัดการประชุมวิชาการ Diabetes Kidney Diseases & Dialysis for Diabetes (4D) ในวันที่ 7 – 9 ธันวาคม 2560 ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติ โรงแรมดิเอ็มเพรส จังหวัดเชียงใหม่ ให้กับอายุรแพทย์ แพทย์ทั่วไป พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง โดยปัจจุบันผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีจำนวนมากขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างมีระบบ เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากร ทางด้านการดูแลรักษาโรคไตให้มีความทันสมัยสอดคล้องกับการปรับตัวเข้าสู่สากล และเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคไต ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์

ในการนี้หน่วยวิชาโรคไตฯ จึงขอเชิญแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์เข้าร่วมประชุมตามวันและเวลาดังกล่าว อนึ่งในการประชุมวิชาการครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมที่มาจากส่วนราชการต่างๆ ที่ได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้วสามารถเข้าร่วมประชุมโดยไม่ถือเป็นวันลา มีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าเดินทางได้ตามระเบียบของทางราชการต้นสังกัด โดยสามารถกรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมกันนี้ และส่งกลับมายังหน่วยวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 053- 936452 โทรสาร 053-895235 อีเมลล์ nephromedcmu@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัดของท่านเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการดังกล่าว จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์ดิเรก บรรณจักร์)

หัวหน้าหน่วยวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์

# แบบฟอร์มลงทะเบียน / Registration Form

## Diabetes Kidney Diseases & Dialysis for Diabetes

Empress International Convention Center, CHIANG MAI, THAILAND

December 7 – 9, 2017

โปรดกรอกข้อความด้วยพิมพ์ หรือเขียนเป็นตัวบรรจง อักษรภาษาอังกฤษให้พยัญชนะตัวใหญ่ ส่งไปที่

หน่วยวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 50200 Tel. 053-936452 Fax. 053-895235

### I. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน

นพ.  พญ.  นาย  นาง  นางสาว

(ไทย) ชื่อ ..... นามสกุล .....

(อังกฤษ) First name.....Last name.....

เลขที่ประกอบวิชาชีพ .....

หน่วยงาน, สถาบัน / Institution.....

ที่อยู่ / Mailing Address:  Home  Office .....

City: ..... State: ..... Country: ..... Zip: .....

Tel: ..... Fax: ..... E-mail: .....

### II. ค่าลงทะเบียน / Registration Fees

ประเภท	ค่าลงทะเบียน (บาท) / Registration Fee (US\$)	Total
<input type="checkbox"/> แพทย์	3,000	
<input type="checkbox"/> พยาบาล	2,500	

### III. โรงแรม/ Hotel

Hotel	Room Type	Single	Twin
The Empress Chiang Mai	Superior Room	○ THB 2,000	○ THB 2,200
	Extra Bed (เตียงเสริม)	○ THB 1,000	
Lanna Palace	Superior Room	○ THB 1,200	○ THB 1,200
	Deluxe Room	○ THB 1,500	○ THB 1,500
	Extra Bed (เตียงเสริม)	○ THB 1,000	

Number of room .....

Check in date ..... Check out date ..... Total night (s) .....

Total Payment: THB .....

### IV. การชำระเงิน

เช็คธนาคาร ..... สาขา .....

เลขที่ ..... ลงวันที่ .....

ส่งจ่ายในนาม หน่วยวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มช.

โอนเงินเข้าบัญชี

ชื่อบัญชี หน่วยวิชาโรคไต เลขที่บัญชี 566-2-50644-2

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา คณะแพทยศาสตร์ มช. บัญชี ออมทรัพย์

กรณีโอนเงินกรุณา Fax ใบสมัครพร้อมสลิปโอนเงิน โดยเขียนชื่อลงทะเบียนกำกับลงในสลิป ส่งมาที่ 053-895235

ลงนามผู้สมัคร ..... วันที่.....

ลงนามบริษัทที่ลงทะเบียนให้ชื่อ (กรณีมีผู้สนับสนุน) .....