**แบบฟอร์มลงทะเบียน (Registration Form)**

***Standard Course in Clinical Trial and GCP Training Program 2017***

**8 – 10 พฤศจิกายน 2560 ณ ห้องประชุมยาใจ ณ สงขลา ชั้น 25 หอพักพัฒนาคณาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

1. **ลงทะเบียน** ชื่อ-นามสกุล (กรุณาระบุ ตำแหน่ง/ยศ นำหน้านาม)

**ภาษาไทย**………………………………………………………………………………………………………………........................................…………

**ภาษาอังกฤษ**...........................................................................................................................................................................

* บุคคลทั่วไป สาขาวิชาชีพ ................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * แพทย์
 | * พยาบาล
 | * เภสัชกร
 | * นักวิจัย/ผู้ช่วยวิจัย
 | * อื่นๆระบุ..................................
 |

* นิสิต/นักศึกษา ปริญญาโท ปริญญาเอก แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ต่อยอด อื่นๆระบุ....................................

 สาขาวิชา............................................คณะ ........................................... สถาบัน ...............................................................

ที่อยู่ที่ทำงาน.............................................................................................................................................................................

ที่อยู่ที่บ้าน.................................................................................................................................................................................

การติดต่อได้สะดวก เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน .................................... เบอร์โทรศัพท์ที่บ้าน ................................................

โทรสาร ..................................... เบอร์มือถือ ....................................E-mail address ……………………………............…………

1. **ประสบการณ์การทำวิจัย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1 ปี
 | * 2 ปี
 | * 3 ปี
 | * 4 ปี
 | * 5 ปี
 | * 6-10 ปี
 | * >10 ปี
 | * ไม่เคยทำ
 |

1. **ช่วงอายุ(ผู้สมัคร)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * ≤ 20 ปี
 | * 21–30 ปี
 | * 31 - 40 ปี
 | * 41 -50 ปี
 | * > 50 ปี
 |

1. **อัตราค่าลงทะเบียน** โปรดชำระเงินค่าลงทะเบียนล่วงหน้า **ชำระเงินตั้งแต่ วันที่ 9 ต.ค. 60 เป็นต้นไป**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ชำระเงินภายใน วันที่ 2 พ.ย.60** | * 3,000.- บาท
 |  |
| **ชำระเงินตั้งแต่ วันที่ 3 พ.ย.60 เป็นต้นไป** | * 3,500.- บาท
 |  |

1. **Workshop for NURSES สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล โปรดระบุ เลขที่ใบอนุญาต…................................🞎 สนใจเข้าร่วม**
2. **การชำระเงิน :**  การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อท่านชำระเงินแล้วและไม่สามารถขอเงินค่าลงทะเบียนคืน
	* เงินสด กรุณาชำระเงินที่ ฝ่ายวิจัย ชั้น 3 ตึกอานันทมหิดล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	* โอนเงินเข้าบัญชี**ออมทรัพย์** ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา **สภากาชาดไทย**

 ชื่อบัญชี **“คณะกรรมการ CTC”** เลขที่ **045-492095-9**

*(เจ้าหน้าที่จะออกใบเสร็จรับเงิน ตามชื่อที่ระบุในใบสมัคร หากต้องการให้ใช้ชื่อบริษัท หรือองค์กร กรุณาระบุเพิ่ม)*

*................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ................................................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**\*\*\* โปรดส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนพร้อมหลักฐานการชำระเงิน ตามที่อยู่นี้ \*\*\***

*กรุณา ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

 *ชั้น 3 ตึกอานันทมหิดล เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330*

หรือ Fax; 02-256-4455 ต่อ 19 (หลังส่งแฟกซ์แล้วกรุณาโทรติดตามที่เบอร์ 02 – 256 - 4455, 02 – 256 -4466 )

***หรือสามารถลงทะเบียน online ได้ที่***

******

**ด่วนรับจำนวนจำกัด**

การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อท่านชำระเงินแล้วและไม่สามารถขอเงินค่าลงทะเบียนคืน