

แบบฟอร์มลงทะเบียน (Registration Form)

การจัดประชุมฝึกอบรม เรื่อง “เวชพันธุศาสตร์ (Genetic Medicine)”

วันศุกร์ที่ 25 ตุลาคม 2556

ณ ห้อง 230/1 ชั้น 2 อาคารแพทยพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อ.....นามสกุล.....

◇ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

◇ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สาขา.....

◇ แพทย์ประจำบ้าน สาขา.....

◇ นิสิต/ นักศึกษา สาขา.....สถาบัน.....

◇ บุคลากรทางการแพทย์ (โปรดระบุ).....

อายุ.....ปี

ระดับการศึกษา.....สถาบัน.....ปี พ.ศ.....

สถานที่ทำงาน.....

สถานที่ติดต่อได้สะดวก.....

.....

.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

โปรดส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนตามที่อยู่นี้

กรุณาส่ง

ศูนย์วิทยาการวิจัยแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(สำนักงานชั่วคราว หน่วย DMC ชั้น 7 ตึก อปร)

1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรสาร 0-2254-1931 E-mail: ceu.mdcu@gmail.com

(หลังส่งแฟกซ์แล้วกรุณาโทรติดตามที่เบอร์ 0-2256-4466, 0-2254-1931)