

แบบฟอร์มลงทะเบียน

“มหกรรมสุขภาพชุมชนภาคเหนือ ๒๕๕๔”

(Community Health Fair and Exhibition in the North 2011)

และงานประชุมวิชาการระดับชาติวิทยาศาสตร์สุขภาพสุขภาพนครสวรรค์ ครั้งที่ ๑
(The 1st Health Science Naresuan University National Conference)

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....นามสกุล.....

- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
- นิสิต/นักศึกษา
- อาจารย์/นักวิชาการจากสถาบันการศึกษา
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- อาสาสมัครสาธารณสุข
- บุคคลทั่วไป
- อื่นๆ (ระบุ)

ที่อยู่.....

โทรศัพท์ (สามารถติดต่อได้สะดวก).....

E-mail.....

เข้าร่วมประชุมในฐานะ:

- ผู้นำเสนอผลงานวิชาการ
- ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการ

ข้าพเจ้าประสงค์เข้าร่วมประชุมวิชาการ “มหกรรมสุขภาพชุมชนภาคเหนือ ๒๕๕๔”
โดยจะจ่ายค่าลงทะเบียน ตามข้อมูลดังต่อไปนี้

- บุคลากรที่ปฏิบัติงานในชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข
 - ราคา ๒,๐๐๐ บาท จ่ายก่อนวันที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๔
 - ราคา ๒,๐๐๐ บาท จ่ายหลังวันที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๔
 - ราคา ๒,๕๐๐ บาท จ่ายหลังวันที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๔
- นักวิชาการ/นักวิจัย/บุคคลทั่วไป
 - ราคา ๒,๐๐๐ บาท จ่ายก่อนวันที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๔
 - ราคา ๒,๕๐๐ บาท จ่ายหลังวันที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๔
 - ราคา ๒,๕๐๐ บาท จ่ายหลังวันที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๔
- นิสิต/นักศึกษา
 - ราคา ๑,๕๐๐ บาท จ่ายก่อนวันที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๔
 - ราคา ๒,๐๐๐ บาท จ่ายหลังวันที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๔
 - ราคา ๒,๕๐๐ บาท จ่ายหลังวันที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๔

รายละเอียดเพิ่มเติมสำหรับผู้สมัคร

๑. ประเภทอาหาร

- ทั่วไป
- มังสวิรัติ
- มุสลิม
- อื่นๆ (ระบุ).....

๒. สิ่งต้องการเพิ่มเติม

- ห้องละมอด
- อื่นๆ (ระบุ).....

คอนเสิร์ตการกุศล

- เข้าร่วม
- ไม่เข้าร่วม

ห้องย่อย State of the Arts: Back to School

ใส่เครื่องหมาย ✓ หลังหัวข้อห้องย่อยที่ท่านประสงค์เข้าร่วม

ห้องย่อย	หัวข้อ	กรุณาเลือก
๑	เทคนิคการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานเพื่อการนำงาน ประจำสู่งการวิจัย (PBL Technique for R2R)	
๒	ทิศทางกำลังคนด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	
๓	การจัดบริการกายภาพบำบัดในชุมชน	
๔	การบริหารจัดการเพื่อการคงอยู่ของพยาบาลในชุมชน	
๕	เครือข่ายความปลอดภัยของระบบยาสู รพ.สต.	
๖	ต้นกำเนิดชีวิตบนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์การแพทย์	
๗	การจัดบริการทันตสุขภาพในชุมชน	
๘	เสวนาภาษา CUP (ไม่ขังใจ) เพื่อนาบายของ รพ.สต.	
๙	เทคนิค CBL เพื่อการพัฒนากำลังคนใน รพ.สต.	

การชำระค่าลงทะเบียน

ชื่อบัญชี มหกรรมสุขภาพชุมชนภาคเหนือ ๒๕๕๔

เลขบัญชี ๖๒๐-๐-๓๐๘๐๔-๒ ธนาคารกรุงเทพ สาขามหาวิทยาลัยนครสวรรค์
ประเภทบัญชี ออมทรัพย์

ช่องทางการชำระเงิน

- เงินสด
- ธนาคัท
- โอนผ่านธนาคาร.....
- ดราฟท์
- ตั๋วแลกเงิน

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ

๑. เมื่อกรอกแบบฟอร์มเสร็จแล้วโปรดส่งโทรสารหลักฐานเอกสารสมัครและการชำระค่าลงทะเบียน
มายังหมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๕๕๖-๘๖๐๗
๒. หากไม่สามารถส่งโทรสารได้ให้ส่งหลักฐานเอกสารสมัคร และการชำระค่าลงทะเบียนมายัง
E-mail: health@nu.ac.th
๓. การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อท่านโอนเงินเรียบร้อยแล้ว