

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ... ๒๕๙๖
วันที่... 18 ก.ย. 66
เวลา...

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
เลขที่รับ... 1.8.ถ.ย. 2566
วันที่... ๑๐๑๗๗
เวลา...



สมาคมรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย *The Society of Medical Radiography of Thailand*

ที่ สรพท.003/2566

5 กันยายน 2566

เรื่อง การประชุมวิชาการรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 20
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / ผู้อำนวยการศูนย์ / ผู้อำนวยการกอง / หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา
ผู้จัดการแผนกเอกซเรย์ / ผู้จัดการแผนก / หัวหน้าแผนกเอกซเรย์ / หัวหน้าแผนก
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการประชุมวิชาการ ฯ พร้อมใบสมัคร จำนวน 1 ชุด
2. ใบสมัครนำเสนอผลงานวิจัย/ผลงานทางวิชาการ
3. ใบจองโรงแรมที่พัก จำนวน 1 ใบ

สมาคมรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย ได้จัดทำโครงการประชุมวิชาการรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 20 ขึ้น ในระหว่างวันที่ 22-24 พฤศจิกายน 2566 ณ โรงแรมทีลุส จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ นักรังสีการแพทย์ เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ ตลอดจนแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ได้มีโอกาสเพิ่มพูนความรู้และเพิ่มพูนวิชาการทางด้านรังสีการแพทย์ เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการให้เป็นที่พึงพอใจแก่ผู้มารับบริการและเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในสหสาขาวิชาชีพ

ในการนี้สมาคมรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย จึงขอเชิญชวนมายังหน่วยงานต่าง ๆ ในสังกัดของท่านได้พิจารณาส่งนักรังสีการแพทย์ เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ ตลอดจนแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ เข้าร่วมโครงการประชุมวิชาการฯ ดังกล่าวโดยได้โปรดแจ้งความจำนงไปยัง สมาคมรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป หากต้องการทราบรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อสอบถามได้ที่ผู้ประสานงานการประชุมฯ ได้แก่ คุณยินดี อัมภาราม โทร 095-1828791 คุณณัฐวัฒน์ ทังกลาง โทร 083-7823756 คุณเกียรติศักดิ์ พรหมภักดี โทร 083-2240066 และ คุณแสงจันทร์ เกษนาว่า โทร 089-6796557

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและให้การสนับสนุนโครงการประชุมวิชาการฯ ดังกล่าวด้วย จักเป็นพระคุณ

เรีต
เลข.ศอ.๓๐
- 675016กขท
- 675016วอช
- 675016กค
- 675016กค
SM
นายอรวิภา สมพงษ์
๑๘๙๖.๖๖
๑๗ ก.ย. 66

ขอแสดงความนับถือ

(นายอิสร์ เหล่ามีผล)

ทราบ

ดำเนินการตามเสนอ

นายกสมาคมรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทยและ **(นายวิภาณ ศรีวัฒนา)**

ประธานโครงการประชุมวิชาการ **ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)**
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ช่องทางการสมัครเข้าร่วมประชุมวิชาการฯ มีดังนี้

ผู้สนใจกรุณารอรายละเอียดลงในใบสมัครให้ครบถ้วน แล้วส่งใบสมัครมาที่

1. ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ มาตามที่อยู่ด้านล่างใบสมัคร หรือ
2. ส่งเอกสารมาทาง Email Address : **smrt1990thailand@gmail.com** หรือ
3. ส่งเอกสารมาทาง Line สมาคมรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย ID Line : smrtthailand หรือ
4. ส่งเอกสารผ่านทางผู้ประสานงาน ดังรายชื่อต่อไปนี้

คุณยินดี อัมภาราม โทร 095-1828791

คุณแสงจันทร์ เกษนาวา โทร 089-6796557

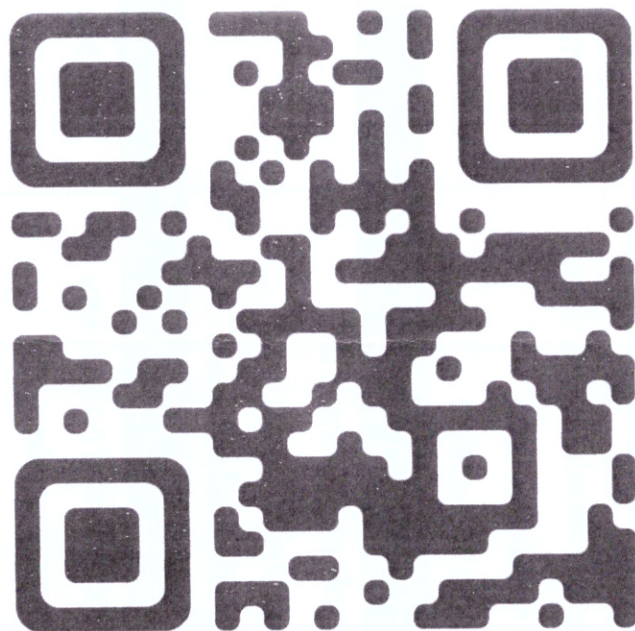
คุณณัฐวัฒน์ ทั้งกลาง โทร 083-7823756

คุณเกียรติศักดิ์ พรหมภักดิ์ โทร 083-2240066

Admin สมาคมฯ โทร 083-7798030

5. สมัครผ่าน Google form

<https://forms.gle/sG7bChgH2LicPZCAA>





สมาคมรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย
The Society of Medical Radiography of Thailand

เลขที่.....

วันที่/...../.....

ใบสมัครลงทะเบียน

โครงการประชุมวิชาการรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 20
ระหว่างวันที่ วันที่ 22 -24 พฤศจิกายน 2566 ณ โรงแรมฟิวส์ จังหวัดกาญจนบุรี

1. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) นามสกุล.....
2. ตำแหน่งเลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ.....
3. เลขที่บัตรประชาชน โทรศัพท์มือถือ.....
4. สถานที่ทำงาน
.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ID Line..... E-mail.....

5. พร้อมนี้ได้จัดส่งค่าลงทะเบียน

(การลงทะเบียนจะถือว่าสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อทางสมาคมฯ ได้รับเอกสารการชำระเงินเรียบร้อยแล้วเท่านั้น)

Onsite จำนวนเงิน 4,500 บาท (ชำระค่าลงทะเบียนภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2566)

จำนวนเงิน 5,000 บาท (ชำระค่าลงทะเบียนหลังวันที่ 31 ตุลาคม 2566 / ชำระหน้างาน)

โดยโอนเงินผ่าน ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาริบัติ เลขที่บัญชี **026-2-52527-8**

บัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี “สมาคมรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย”

6. ต้องการออกใบเสร็จค่าลงทะเบียนในนามหรือหน่วยงานกรณีระบุโดยละเอียด

ชื่อ - นามสกุล (ที่ต้องการระบุในใบเสร็จรับเงิน).....

ที่อยู่ที่ต้องการระบุในใบเสร็จรับเงิน (กรณียื่นตัวบรรจงพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำประชาชน)

.....
.....
.....

ส่งเอกสารใบสมัครและหลักฐานการชำระเงินมาที่
คุณยินดี อัมภาราม โทรศัพท์ 095-1828791
กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลลาดยาว
เลขที่ 1 หมู่ 8 ต.สระแก้ว อ.ลาดยาว จ.นครสวรรค์ 60150
E-mail: smrt1990thailand@gmail.com

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

แบบฟอร์มลงทะเบียนจองห้องพัก โรงแรมพรีlude กาญจนบุรี

การประชุมวิชาการรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 20

สมาคมรังสีการแพทย์แห่งประเทศไทย

ระหว่างวันที่ 22 - 24 พฤศจิกายน 2566



โรงแรมพรีlude กาญจนบุรี

168/18 หมู่ 3 ต.ปากแพรก อ.เมือง จ.กาญจนบุรี 71000

อัตราค่าห้องพัก (รวมอาหารเช้า)

{ }	ห้องพัก Deluxe	1,100	บาทสุทธิ/ห้อง/คืน
{ }	ห้องพัก Family	1,700	บาทสุทธิ/ห้อง/คืน
{ }	ห้องพัก Junier Suite	2,000	บาทสุทธิ/ห้อง/คืน
{ }	เตียงเสริม Extra Bed	600	บาทสุทธิ/ห้อง/คืน

1. ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
2. ที่อยู่ออกไปกำกับภาษี.....
.....เบอร์
โทร.....E-mail.....

3. { } พักเดี่ยว
{ } พักคู่ คู่กับ.....

4. วันที่เช็คอิน.....พฤศจิกายน 2566 ตั้งแต่เวลา.....
วันที่เช็คเอาท์.....พฤศจิกายน 2566 ตั้งแต่เวลา.....
จำนวนคืน.....คืน

5. โดยชำระเงินผ่าน

ธนาคารกสิกรไทย สาขากาญจนบุรี บัญชีออมทรัพย์

เลขที่บัญชี 221-2-043553 ชื่อบัญชี บจก.พรีlude รีสอร์ท

เงื่อนไขการจองห้องพัก

- แจ้งรายละเอียดผู้เข้าพักพร้อมคู่พัก (ถ้ามี)
- ประเภทห้องพัก และประเภทเตียง พิจารณาตามความเหมาะสมของทางโรงแรม
- กรุณาแสดงบัตรประชาชนเพื่อใช้ลงทะเบียนเข้าพัก
- กรุณาชำระเงินมัดจำกัญแจห้องพัก 500 บาทต่อห้องเป็นเงินสดและรับเงินค้ำมัดจำคืนเมื่อเช็คเอาท์
- กรุณามัดจำค่าที่พักล่วงหน้า 1คืน/ห้องจากยอดทั้งหมดก่อนวันเข้ารับบริการเพื่อยืนยันการจองห้องพัก
- กรุณาถ่ายสลิปโอนเงินพร้อมแนบใบจอง ให้อยู่ในแผ่นเดียวกัน

**** กรุณาส่งเอกสารที่ น.ส.อัสมา ปาละกุล (เอ๋) โทร / ID Line: 0901423656 ****