



**ใบสมัครเข้าร่วมประชุมวิชาการส่งเสริมสมรรถนะการทำงาน
เจ้าพนักงานเภสัชกรรมและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘**

(กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง ให้ชัดเจน)

๑. ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....
เบอร์ที่สามารถติดต่อได้.....อีเมลล์.....
๒. สถานที่ปฏิบัติงาน.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
☎ โทรศัพท์.....โทรสาร(Fax).....
๓. ประเภทอาหาร อาหารปกติ อาหารอิสลาม อาหารเจ อาหารมังสวิรัต
๔. มีความประสงค์เข้าร่วมประชุมฯ ในครั้งที่
 ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๘-๓๐ มกราคม ๒๕๕๘ (ณ โรงแรม ประจักษ์ตรา ดีไซน์ โฮเทล จังหวัดอุดรธานี)
 ค่าลงทะเบียน ๓,๐๐๐ บาท (กรณีชำระภายในวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๕๘)
 ค่าลงทะเบียน ๓,๕๐๐ บาท (กรณีชำระในระหว่างวันที่ ๑๕-๒๓ มกราคม ๒๕๕๘)
 ครั้งที่ ๒ วันที่ ๓-๕ มิถุนายน ๒๕๕๘ (ณ โรงแรม ในกรุงเทพมหานคร)
 ค่าลงทะเบียน ๓,๐๐๐ บาท (กรณีชำระภายในวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๘)
 ค่าลงทะเบียน ๓,๕๐๐ บาท (กรณีชำระในระหว่างวันที่ ๒๓-๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่...../...../.....

สมัครได้ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป โดยส่งใบสมัครและสำเนาหลักฐานค่าลงทะเบียนมายัง.....

- * ช่องทางที่ ๑ : ทางโทรสารหมายเลข ๐-๕๕๙๖-๓๖๖๕ (คุณศรีสัจจา เปาจีน)
- * ช่องทางที่ ๒ : ทาง E-mail : pharmacy55@nu.ac.th

(กรุณาชำระค่าลงทะเบียน : ชำระโดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงศรีอยุธยา สาขามหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ประเภทออมทรัพย์ ชื่อ บัญชี มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ โครงการประชุมวิชาการเจ้าพนักงานเภสัชกรรมฯ เลขที่บัญชี ๓๔๖-๑-๕๙๙๓๐-๔ (หมายเหตุ : **ไม่รับ** เช็ค และไปรษณีย์ธนาณัติ และค่าลงทะเบียนจะครอบคลุมถึงค่าเอกสารประกอบการประชุม ค่าอาหารกลางวัน ค่าอาหารว่าง)

หมายเหตุ : * ผู้เข้าร่วมประชุมต้องสำรองการจองห้องพักด้วยตนเอง (ตามรายละเอียดแบบยืนยันการจองห้องพัก)

- * ไม่รับสมัครทางไปรษณีย์ และ ไม่รับชำระค่าลงทะเบียนหน้างาน
- * การลงทะเบียนจะสมบูรณ์ต่อเมื่อ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ จังหวัดพิษณุโลก ได้รับสำเนาใบโอนเงิน ค่าลงทะเบียน จากผู้เข้าร่วมการประชุมแล้วเท่านั้น
- * ผู้จัดประชุมจะไม่คืนเงินค่าลงทะเบียน ไม่ว่าจะกรณีใดๆ (สามารถส่งผู้แทนมาเข้าร่วมการประชุมกรณีที่ท่านไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ด้วยตนเอง)
- * เมื่อทางคณะฯ ได้รับใบสมัครและสำเนาการโอนเงินแล้ว จักส่งหนังสือตอบรับการเข้าร่วมประชุมฯ กลับไปที่ท่าน
- * ทางคณะฯ ขอสงวนสิทธิ์มิให้ผู้ติดตามเข้าร่วมประชุมได้
- * ทางคณะฯ ขอสงวนสิทธิ์มิให้ผู้ติดตามเข้าร่วมประชุมได้

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่.....

- * ดร.ภญ. ดารณี เชี่ยวชาญธนกิจ : Tel. ๐-๕๕๙๖-๑๘๒๙ E-mail : daraneec@nu.ac.th
- * นาย ธารศก แก้วบรรรัตน์ : Tel. ๐-๕๕๙๖-๓๖๖๕ หรือ ๐๘๓-๑๖๗-๘๘๘๔ E-mail : tarestk_23@hotmail.com
- * นางสาว ศรีสัจจา เปาจีน : Tel. ๐-๕๕๙๖-๓๗๐๑ E-mail : jane_sr1740@hotmail.com

ค่าลงทะเบียนการประชุมวิชาการเจ้าพนักงานเภสัชกรรมและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘
“การส่งเสริมสมรรถนะการทำงานเจ้าพนักงานเภสัชกรรมและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข”

สำหรับติดหลักฐาน

การโอนเงินค่าลงทะเบียน ๓,๐๐๐ บาท/๓,๕๐๐ บาท
จากธนาคาร
การประชุมวิชาการเจ้าพนักงานเภสัชกรรม
และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

(กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง ให้ชัดเจน)

ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....
หน่วยงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....
หมายเลขโทรสาร.....มือถือ.....
วันที่/เวลา โอนเงิน.....จำนวนเงินที่โอน.....ช่องทางการโอนเงิน.....

มีความประสงค์ให้ทางคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ออกใบเสร็จค่าลงทะเบียนในนาม.....

(กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน และชัดเจน เพื่อความถูกต้องในการออกใบเสร็จฯ)

ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....
หรือ ชื่อหน่วยงาน.....
ที่อยู่.....

หมายเหตุ : เมื่อท่านติดหลักฐานการโอนเงิน และกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว
(กรุณานำแผ่นนี้ไปถ่ายเอกสารก่อนเพื่อความชัดเจน และนำสำเนาที่ถ่าย)
Fax ไปที่ ๐-๕๕๙๖-๓๖๖๕ (นางสาวตรีสัจจา เปาจีน) หรือ E-mail : pharmacy55@nu.ac.th