



ที่ สธ ๐๓๑๓/ว ๑๒๗๒๒

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
๓๑๒ ถนนราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์และเรียนเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/คณะแพทยศาสตร์/คณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดหลักสูตรการฝึกอบรม จำนวน ๑ ชุด

๒. ใบชำระค่าลงทะเบียน จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดจัดอบรมประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ โดยมุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถนำความรู้ และประสบการณ์จากการอบรมไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถถ่ายทอดเทคโนโลยีเฉพาะทางการป้องกันด้านโรคระบบประสาทให้บุคลากรในหน่วยงานและชุมชนได้

ในการนี้ สถาบันประสาทวิทยา ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ และเรียนเชิญส่งบุคลากรในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมโครงการอบรมดังกล่าว โดยมีค่าลงทะเบียนรายละเอียดตามเอกสารดังสิ่งที่ส่งมาด้วย ซึ่งผู้เข้าร่วมอบรมมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้จากต้นสังกัด และเข้าร่วมการอบรมโดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม สาขาประสาทวิทยา
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

กลุ่มงานถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ

โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๙๙ ต่อ ๒๑๗๖

(สิ่งที่ส่งมาด้วย 2)

รายละเอียดหลักสูตร โครงการเพิ่มพูนความรู้ เรื่อง “การรักษาภาวะสมองเสื่อม สำหรับแพทย์” ครั้งที่ 3	
วันดำเนินการ	: ระหว่างวันที่ 25-27 กรกฎาคม 2566
รูปแบบดำเนินการ	: ผ่านระบบการประชุมทางไกล
จำนวนกลุ่มเป้าหมาย	: 200 คน
อัตราค่าลงทะเบียน	: 2,500 บาท/คน
ระยะเวลาการรับชำระ ค่าลงทะเบียน	: ระหว่างวันที่ 18 พฤษภาคม 2566 สิ้นสุดวันที่ 21 กรกฎาคม 2566
ประเภทการชำระเงิน	: ประกอบด้วย 1) เงินสด ผ่านเคาร์เตอร์ของธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ทุกสาขา (สิ่งที่ส่งมาด้วย 2) 2) ผ่านตู้ ATM โดยเลือกรหัสชำระค่าลงทะเบียน (Product code) “9593” 3) ผ่าน Internet banking/Mobile banking โดยเลือก >> ชำระบิล >> ประเภท หมวดหมู่ >> หน่วยงานราชการ >> ค้นหา รหัส “9593” ซึ่งจะปรากฏคำว่า “เพิ่มพูนความรู้-สำหรับแพทย์ ครั้งที่ 3”
สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร. 0 2306 9899 ต่อ 2176	

กรุณากรอกข้อมูลในช่องสีฟ้า (ข้อ 1 - 7)

1. Product Code

2. โครงการ

3. ชื่อ - นามสกุลผู้เข้าอบรม

4. วันที่ชำระเงิน

5. Ref No.1 เลขประจำตัวประชาชน

6. Ref No.2 เบอร์โทรติดต่อ

7. จำนวนเงินที่ชำระ

สถาบันประสาธาวิทยา

ใบแจ้งการชำระเงินค่าลงทะเบียนอบรม

Product Code :

โครงการ

ชื่อ - นามสกุล ผู้เข้าอบรม

วันที่ชำระเงิน

Reference No.1 โปรดระบุเลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Reference No.2 โปรดระบุเบอร์โทรติดต่อ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

จำนวนเงินที่ต้องชำระ

จำนวนเงินที่ต้องชำระ (ตัวอักษร)

ข้อปฏิบัติและเงื่อนไขในการชำระเงินค่าอบรม

- ผู้เข้าอบรมกรอกรายละเอียดในใบแจ้งการชำระเงินให้ครบถ้วน (1 ใบแจ้งการชำระเงิน ต่อ 1 โครงการ)
- ผู้เข้าอบรมนำใบแจ้งการชำระเงินไปติดต่อชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ได้ทุกสาขา ทั่วประเทศทางช่องทางเคาน์เตอร์ (รับชำระเฉพาะเงินสด) หรือชำระด้วยตนเองผ่านเครื่อง ATM ธนาคารกรุงไทย และ KTB Online (Internet)
- ผู้ชำระเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมในการชำระเงินค่าลงทะเบียนอบรมทางเคาน์เตอร์เป็นเงิน 25 บาท, ATM 10 บาท และ KTB Online 15 บาท ต่อรายการ
- กรณีมีเหตุขัดข้องไม่สามารถโอนเงินได้ ติดต่อสอบถามได้ที่ Call center สำนักงานใหญ่ ธ.กรุงไทย หมายเลข 0 2208 7799 หรือ 1551

ผู้รับเงิน

(เจ้าหน้าที่ธนาคาร)

ใบแบบฟอร์มการชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทย

(สำหรับธนาคาร)



Company Code :

(พนักงานธนาคารประทับตราธนาคาร และเซ็นต์รับส่วนบน)

ชื่อ - นามสกุล ผู้เข้าอบรม

วันที่ชำระเงิน

Reference No.1 โปรดระบุเลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Reference No.2 โปรดระบุเบอร์โทรติดต่อ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

จำนวนเงินที่ต้องชำระ

จำนวนเงินที่ต้องชำระ (ตัวอักษร)

ผู้ชำระเงิน