**แบบตอบรับเข้าร่วม**

**อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “ Workshop: Ethics in Palliative Care”**

**วันที่ 15-16 ตุลาคม 2562**

**ณ ห้องประชุมนพดล ทองโสภิต ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

โปรดกรอกรายละเอียดตัวบรรจง

คำนำหน้า ❑นาย ❑นาง ❑นางสาว ชื่อ/สกุล..................................................................................

ตำแหน่ง ❑แพทย์ ❑พยาบาล ❑ อื่นๆ……………………………………………………………………..

หน่วยงานที่สังกัด …………………………………………………………………………………………………………..

แผนกผู้ป่วย…………………………………………………………………………………………………………………………..

เลขใบประกอบวิชาชีพ...............................................................................................................................

สถานที่ทำงาน/ติดต่อ ................................................................................................................................

หมายเลขโทรศัพท์......................................................... E-mail:...............................................................

สามารถสมัครเข้าอบรมตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ 13 ตุลาคม 2562

โทรศัพท์ ๐๔๓ – ๓๖๖๖๕๖ Email address : palliativecare@kku.ac.th

❑ ชำระค่าลงทะเบียนแล้ว เมื่อวันที่ ........./................../.................

**การค่าลงทะเบียน**  จำนวน 2, 000 บาท

 เข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น

 ชื่อบัญชีประชุมวิชาการหน่วยการุณรักษ์ เลขที่บัญชี ๕๕๑-๔๒๕๔๕๗-๓

 ลงชื่อผู้สมัคร .......................................................

 (.......................................................)

 วันที่ (............/.............../............)

**ข้อมูลติดต่อที่พักใกล้โรงพยาบาลศรีนครินทร์**

**ซอเรนต์ อพาตเม้นต์ โทรศัพท์ 091-8619377**

**กังสดาล อพาตเม้นต์ โทรศัพท์ 043-347523-6, 081-5455425**

**เบรม ซาโต อพาร์ทเมนท์ โทรศัพท์ 043-2356801, 094-2705450**

**ชีวิน อพาร์ทเมนท์ โทรศัพท์ 043-202000,084-7994935, 086-6300661**

**เอกตะวัน อพาร์ทเมนท์ โทรศัพท์ 043-348478, 087-2147437**

**โรงแรมยูอิน โทรศัพท์ 043-244555**

**โรงแรมดิอิมเพรส โทรศัพท์ 043-242031**