**ใบสมัครลงทะเบียนเข้าร่วมสัมมนา**

**“สภาเทคนิคการแพทย์สัญจรพบผู้ประกอบวิชาชีพ” ภาคกลางและภาคตะวันออก**

**วันที่ 22 มีนาคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร**☺☺☺☺☺☺☺☺☺☺☺☺☺☺☺☺☺☺☺☺☺☺

|  |
| --- |
| ชื่อ-นามสกุล..........................................................................................เลขที่ ท.น. ........................................ |
| หน่วยงาน/สังกัด  .........................................................................................................................................................................  ที่อยู่ที่ติดต่อได้  .........................................................................................................................................................................  โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.............................................................. E-mail ….......…………………….………………………. |
|  |
| **สมัครเข้าร่วมได้ที่ ภายในวันที่ 15 มีนาคม ๒๕๖๑**  **ระบบ online ของสภาเทคนิคการแพทย์** [**http://mtc.or.th/reg\_meeting\_d.php?vtrain\_id=2621**](http://mtc.or.th/reg_meeting_d.php?vtrain_id=2621)  หรือยื่นใบสมัคร ขอเพียงช่องทางเดียวที่สะดวก  ส่งทาง e-mail ที่ [mtcouncilevent61@gmail.com](mailto:mtcouncilevent61@gmail.com)  ส่งทาง Fax หมายเลข ๐๒-๕๘๐-๐๒๒๙ (ขอสัญญาณ)  ส่งทาง ไปรษณีย์ มาที่ สภาเทคนิคการแพทย์  ชั้น ๒ ตึกกองวิศวกรรมการแพทย์ ถนนสาธารณสุข ๘ กระทรวงสาธารณสุข  ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ |
| **ประกาศรายชื่อผู้สมัครผ่านทางเวปไซต์ http://mtc.or.th** |
| **หมายเหตุ**  1. โครงการนี้ไม่มีค่าลงทะเบียน  2. ค่าเดินทาง และที่พัก เบิกจ่ายจากต้นสังกัด |
| ลงนามผู้สมัคร  (..................................................................................)  วันที่ .............................................. |
| **หมายเหตุ**  - จองที่พักโรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ 0-2575-559  - ค่าที่พัก โครงการประชุมสภาเทคนิคการแพทย์สัญจร : พักเดี่ยว พักคู่ คืนละ 1,700 บาท |