**แบบสมัครเข้าร่วม**

**โครงการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านจริยธรรมการวิจัยในคน**

**เรื่อง “Basic Good Clinical Practice (GCP) for Biomedical Research (GCP Training)”**

**วันพฤหัสบดีที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๕๗ และวันศุกร์ที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๗ เวลา ๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.**

**ณ ห้องประชุม ศ.นพ.นที รักษ์พลเมือง ชั้น ๕ สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล**

**๑.**  **สมัครเข้าร่วมประชุม** จำนวน ............. ราย ตามรายชื่อดังนี้

๑)คำนำหน้า **-** ชื่อ ....................................................................... นามสกุล .................................................................

 สังกัด ภาควิชา .................................................. คณะ .....................................................สถาบัน/องค์กร…………………………………….

 โทรศัพท์ ................................................................. E-mail address: .......................................................

 ต้องการเบิกค่าใช้จ่ายในการอบรมกับหน่วยงานหรือไม่ 🞎 ต้องการ 🞎 ไม่ต้องการ

๒)คำนำหน้า **-** ชื่อ ....................................................................... นามสกุล .................................................................

 สังกัด ภาควิชา .................................................. คณะ .....................................................สถาบัน/องค์กร…………………………………….

 โทรศัพท์ ................................................................. E-mail address: .......................................................

 ต้องการเบิกค่าใช้จ่ายในการอบรมกับหน่วยงานหรือไม่ 🞎 ต้องการ 🞎 ไม่ต้องการ

๓)คำนำหน้า **-** ชื่อ ....................................................................... นามสกุล .................................................................

 สังกัด ภาควิชา .................................................. คณะ .....................................................สถาบัน/องค์กร…………………………………….

 โทรศัพท์ ................................................................. E-mail address: .......................................................

 ต้องการเบิกค่าใช้จ่ายในการอบรมกับหน่วยงานหรือไม่ 🞎 ต้องการ 🞎 ไม่ต้องการ

๔)คำนำหน้า **-** ชื่อ ....................................................................... นามสกุล .................................................................

 สังกัด ภาควิชา .................................................. คณะ .....................................................สถาบัน/องค์กร…………………………………….

 โทรศัพท์ ................................................................. E-mail address: .......................................................

 ต้องการเบิกค่าใช้จ่ายในการอบรมกับหน่วยงานหรือไม่ 🞎 ต้องการ 🞎 ไม่ต้องการ

**วิธีชำระค่าลงทะเบียน**

1. โอนเข้าบัญชี “สำนักงานอธิการบดี เงินยืมศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน” ธนาคารไทยพาณิชย์

 สาขามหาวิทยาลัยมหิดล ประเภทออมทรัพย์ เลขที่บัญชี ๓๓๓-๒๓๕๖๗๑-๙

2. ส่งหลักฐานการโอนเงิน (Payment Slip)

 - ทาง E-Mail: siripa.kla@mahidol.ac.th ภายใน ๑ สัปดาห์หลังจากทำการโอนเงินแล้ว

 (โปรดระบุชื่อและเบอร์โทรติดต่อของผู้อบรม มาใน E-Mail ด้วย)

 - ทาง FAX: 02-8496223 ภายใน ๑ สัปดาห์หลังจากทำการโอนเงินแล้ว (โปรดระบุชื่อและเบอร์โทรติดต่อของผู้อบรม มาในเอกสารด้วย)

**กรุณาส่งแบบสมัครเข้าร่วม โครงการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านจริยธรรมการวิจัยในคน**

**เรื่อง “Basic Good Clinical Practice (GCP) for Biomedical Research (GCP Training)”กลับไปยัง**

**(นางสาวศิริภา เคลื่อนคล้อย) ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล**

**ภายในวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๗**

**หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒-๘๔๙-๖๒๒๓ โทรสาร ๐๒-๘๔๙-๖๒๒๓**

**หรือ E-mail address: siripa.kla@mahidol.ac.th**