

ใบสมัคร

โครงการทบทวนสไลด์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีผลการตรวจปกติ

หน่วยงาน
มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ ชื่อนามสกุล
ตำแหน่งเป็นผู้ประสานงานกับคณะกรรมการโครงการฯ
สถานที่ติดต่อหน่วยงานตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....
e-mail :.....

โดยส่งสไลด์ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564 เป็นรายปี จำนวน.....สไลด์

และ/หรือ ส่งสไลด์ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565 เป็นรายไตรมาส

- ไตรมาสที่ 1 (1 ต.ค 64 – 31 ธ.ค 64) จำนวน.....สไลด์
- ไตรมาสที่ 2 (1 ม.ค 65 – 31 มี.ค 65) จำนวน.....สไลด์
- ไตรมาสที่ 3 (1 เม.ย 65 – 30 มิ.ย 65) จำนวน.....สไลด์
- ไตรมาสที่ 4 (1 ก.ค 65 – 30 ก.ย 65) จำนวน.....สไลด์

อัตราค่าทบทวนสไลด์ สไลด์ละ 60.- บาท (หกสิบบาทถ้วน)

โดยทางสมาคมฯ จะเรียกเก็บเงินค่าทบทวนสไลด์เมื่อสิ้นสุดโครงการฯ โดยให้จ่ายเป็นเช็คขีดคร่อมสั่งจ่ายในนาม “สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย” หรือ เข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ (มหาชน) จำกัด สาขาโรงพยาบาลราชวิถี บัญชีเลขที่ 051-2 54197-4 ชื่อบัญชี “สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย”

การติดต่อสอบถาม : คุณอรุณี พันธุ์คุ้มเก่า โทรศัพท์ 0-2354-8208 ต่อ 121, 141 โทรสาร 0-2354-8204
คุณวัฒนาพร วิเศษมงคล 081-7652186
e-mail : thaisociety14@gmail.com

ที่อยู่ส่งแบบลงทะเบียน :

สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย
(โครงการทบทวนสไลด์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีผลการตรวจปกติ)
สถาบันพยาธิวิทยา (ภายในโรงพยาบาลราชวิถี)
เลขที่ 2/2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

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

ตำแหน่ง.....
วันที่.....