



ชมรมต้อกระจกและผ่าตัดแก้ไขสายตาคิดปกติ ฯ

Thai Society of Cataract & Refractive Surgery (THSCRS)

กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลสงฆ์ 445 ถนนศรีอยุธยา เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 02 640 9537 ต่อ 1312 โทรสาร 02 354 4275

ที่ ชตจ ว.10/ 2561

2 กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมวิชาการ Cataract Day 2018

เรียน คณบดี คณะแพทยศาสตร์ / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / ผู้อำนวยการสถาบัน

สิ่งที่ส่งมาด้วย	- ตารางการประชุม	จำนวน	1	แผ่น
	- เอกสารลงทะเบียนประชุม	จำนวน	1	แผ่น

เนื่องด้วย ชมรมต้อกระจกและผ่าตัดแก้ไขสายตาคิดปกติแห่งประเทศไทย ฯ (THSCRS) ได้จัดประชุมวิชาการ “Cataract Day 2018” สำหรับจักษุแพทย์ แพทย์ประจำบ้านด้านจักษุ และบุคลากรด้านจักษุ ระหว่างวันที่ 26-27 มีนาคม 2561 ณ โรงแรม เดอะ สุโกศล ห้องกลมทิพย์ ชั้น 2 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี จังหวัดกรุงเทพฯ 10400 เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกให้ จักษุแพทย์ แพทย์ประจำบ้านด้านจักษุ และบุคลากรทางด้านจักษุ โดยนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

ในการนี้ ชมรมต้อกระจกและผ่าตัดแก้ไขสายตาคิดปกติแห่งประเทศไทย ฯ (THSCRS) ขอเชิญเข้าร่วมประชุมวิชาการ Cataract Day 2018 ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว โดยมีค่าลงทะเบียนในการเข้าร่วมประชุมวิชาการดังกล่าว เป็นจำนวนเงิน 2,200 บาท (สองพันสองร้อยบาทถ้วน) ชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ที่

บัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา โรงพยาบาลราชวิถี

ชื่อบัญชี ชมรมต้อกระจกและผ่าตัดแก้ไขสายตาคิดปกติแห่งประเทศไทย

เลขที่บัญชี 051-275190-1 บัญชีเงินฝากออมทรัพย์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากท่านเล็งเห็นความสำคัญในการเข้าร่วมประชุมฯ ครั้งนี้ ขอได้โปรดกรุณาส่งจักษุแพทย์/ แพทย์ประจำบ้านด้านจักษุ/ บุคลากรด้านจักษุ เข้าร่วมประชุมด้วย จะขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์พิชิต นริพทะพันธุ์)

ประธานชมรมต้อกระจกและผ่าตัดแก้ไขสายตาคิดปกติ

แห่งประเทศไทยในราชวิทยาลัยจักษุ ฯ

แบบตอบรับการประชุมวิชาการ Cataract Day 2018
ระหว่างวันที่ 26-27 มีนาคม 2561
ณ ห้องประชุมกมลทิพย์ ชั้น 2 โรงแรม เดอะ สุโกศล กรุงเทพฯ

โรงพยาบาล/สถาบัน

ผู้เข้าประชุม

- 1) ชื่อ - สกุล
- ตำแหน่ง โทรศัพท์
- 2) ชื่อ - สกุล
- ตำแหน่ง โทรศัพท์
- 3) ชื่อ - สกุล
- ตำแหน่ง โทรศัพท์
- 4) ชื่อ - สกุล
- ตำแหน่ง โทรศัพท์
- 5) ชื่อ - สกุล
- ตำแหน่ง โทรศัพท์

ติดต่อสอบถามได้ที่ :

กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลสงฆ์ โทรศัพท์ 02-640-9537 ต่อ 1312, 089-121-3691

โทรสาร 02-354-4275 E-mail: malee.th@gmail.com

Line ID: 0891213691

