**ใบสมัคร**

**การประชุมวิชาการการแพทย์แผนตะวันออกและวิทยาศาสตร์การแพทย์ ครั้งที่ 5**

จัดโดย สภาการแพทย์แผนไทย คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน สมาคมแพทย์แผนจีนประเทศไทย วิทยาลัยการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะการแพทย์แผนจีน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ชื่อ-สกุล ............................................................................................. ตำแหน่งทางวิชาการ ............................................................... สังกัด คณะ/วิทยาลัย/หน่วยงาน .......................................................... มหาวิทยาลัย/สถาบัน ........................................................... สถานที่ติดต่อ เลขที่ ............................................ ถนน ................................................. ตำบล/แขวง .................................................

อำเภอ/เขต .............................................................. จังหวัด................................................. รหัสไปรษณีย์ ....................................... โทรศัพท์ .................................................... มือถือ ...................................................... โทรสาร .......................................................... อีเมล์ ..........................................................................

**ข้อมูลสำหรับการเก็บหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง**

(เฉพาะแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์จีน เภสัชกร และผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ)

เลขใบอนุญาต/เลขใบประกอบวิชาชีพ ..........................................................................

(กรุณาระบุให้ครบถ้วน เช่น พท.ภ.33518, พจ.405, ภ.2264 เป็นต้น)

**ขอสมัครเข้าร่วมการประชุมวิชาการ โดยมีความประสงค์**

🞏 **นำเสนอผลงานวิจัย**

🞏 ภาคบรรยาย (Oral Presentation) 🞏 ภาคโปสเตอร์ (Poster Presentation แบบ Pre-recorded VDO)

**ชื่อบทความวิจัย**

(ภาษาไทย) .................................................................................................................................................................................

(ภาษาอังกฤษ) ............................................................................................................................................................................

**สาขาวิชาที่สมัครเข้าร่วมนำเสนอผลงานวิจัย**

🞏 สาขาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนไทยประยุกต์

🞏 สาขาการแพทย์แผนจีน

🞏 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เทคโนโลยีชีวภาพ วิทยาศาสตร์ประยุกต์

🞏 **เข้าร่วมฟังการนำเสนอผลงานวิจัย** (ไม่นำเสนอผลงานวิจัย)

**อัตราค่าลงทะเบียน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ประเภทผู้สมัคร | อัตราค่าลงทะเบียน | |
| บัดนี้ ถึง 28 ก.พ. 68 | 1-20 มี.ค. 68 |
| 1. ผู้นำเสนอผลงานวิจัย  🞏 บทความภาษาไทย 🞏 บทความภาษาจีน | 1,500 บาท/คน | 2,000 บาท/คน |
| 2. ผู้เข้าร่วมฟังการนำเสนอผลงานวิจัย  (อาจารย์ ข้าราชการ นักวิจัย นักศึกษา และบุคคลทั่วไป) | 500 บาท/คน | |
| 3. คณาจารย์ บุคลากร และนักศึกษาสังกัดหน่วยงานร่วมจัด | ไม่มีค่าใช้จ่าย | |

**การลงทะเบียน**

1. ผู้สมัครชำระค่าลงทะเบียน ตามอัตราและระยะเวลาลงทะเบียนที่กำหนด โดยโอนเงินเข้าบัญชี

ธนาคาร: **กรุงเทพ**

สาขา : **มหาวิทยาลัยรังสิต 2**

ชื่อบัญชี : **มหาวิทยาลัยรังสิต: วิทยาลัยการแพทย์แผนตะวันออก**

เลขที่บัญชี : **875-7-01076-7**

2. ผู้สมัครส่งเอกสารการสมัครและการชำระค่าลงทะเบียน ต่อไปนี้ มาที่อีเมล์ **ormedconference@gmail.com**

2.1 ใบสมัคร

2.2 หลักฐานโอนเงินค่าลงทะเบียน (สลิปโอนเงิน)

2.2 ไฟล์บทความวิจัยฉบับเต็ม (full paper)

2.4 ชื่อและที่อยู่ สำหรับการออกใบเสร็จรับเงิน

ชื่อ-สกุล ..................................................................................

ชื่อหน่วยงาน (ถ้ามี) .………………..........………................…… เลขที่........................ ถนน ......................................... ตำบล/แขวง ....................................... อำเภอ/เขต ......................................... จังหวัด ..........................................

รหัสไปรษณีย์ .......................................

\**ตรวจสอบรายชื่อผู้สมัครได้ที่เว็บไซต์การประชุม www.orientalmedicineconference.com*

ลงชื่อ .................................................................. ผู้สมัคร

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

.............../ .............../ ...............

**ติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการประชุม (\*เฉพาะในเวลาทำการ)**

วิทยาลัยการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต

โทรศัพท์ : 02-997-2222 ต่อ 4896, 5164

มือถือ : 086-269-7521 (ดร.นันทพงศ์ ขำทอง), 095-626-6656 (ดร.ลัลณ์ลาลิน นาสมยนต์)

อีเมล์ : ormedconference@gmail.com

เว็บไซต์ : www.orientalmedicineconference.com