ใบสมัคร

การประชุมวิชาการการแพทย์แผนตะวันออกและวิทยาศาสตร์การแพทย์ ครั้งที่ 5

จัดโดย สภาการแพทย์แผนไทย คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน สมาคมแพทย์แผนจีนประเทศไทย วิทยาลัยการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ คณะการแพทย์แผนจีน 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