**แบบฟอร์มลงทะเบียน**

**การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “วิทยาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Intensive Workshop)”**

**ระหว่างวันที่ 29 กุมภาพันธ์ – 4 มีนาคม 2559**

**ณ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่**

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)

สถานที่ทํางาน

ที่อยู่

โทรศัพท์ โทรสาร โทรศัพท์มือถือ

E-mail address

**อัตราค่าลงทะเบียน** 5,000 บาท

**การชําระค่าลงทะเบียน** โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์   
ชื่อบัญชี สจรส.ม.อ. บริการวิชาการ เลขที่บัญชี 565-439932-2

ส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนพร้อมหลักฐานการชําระเงินมาที่ **คุณซูวารี มอซู** หรือ   
**คุณสุวภาคย์ เบญจธนวัฒน์** ทางโทรสาร : 074-282901 หรือ E-mail: thaihiaconference1@gmail.com (ภายในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2559)

กรุณาเขียน ชื่อ-สกุล ของท่านให้ชัดเจนลงบนหลักฐานการชําระเงิน

**การออกใบเสร็จการชําระเงิน**

ต้องการให้ออกใบเสร็จเพื่อใช้ประกอบการเบิกค่าใช้จ่ายในนาม (โปรดระบุชื่อ-สกุล และที่อยู่ให้ชัดเจน)

**หมายเหตุ :**

1. การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อทางสถาบันได้รับเอกสารหลักฐานการโอนเงินโดยยึดวันที่ในเอกสารการชําระเงินเป็นสําคัญ

2. การลงทะเบียนผ่านทาง E-mail หากท่านไม่ได้รับการตอบกลับ กรุณาติดต่อยืนยันการลงทะเบียนที่ คุณซูวารี มอซู หรือ คุณสุวภาคย์ เบญจธนวัฒน์ เบอร์โทรศัพท์ 074-282902