

# ใบแสดงความจำนงเข้าร่วมการอบรมตรวจสมรรถภาพปอดขั้นสูง (Lung Volume และ DLCO)

ข้าพเจ้า นายแพทย์, แพทย์หญิง.....

สถานที่ทำงาน.....เบอร์โทรติดต่อ.....แฟกซ์.....

มีความประสงค์จะส่งเจ้าหน้าที่ร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจตรวจสมรรถภาพปอดขั้นสูง (Lung Volume และ DLCO) ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ดังรายชื่อ

ชื่อ - สกุล.....คุณวุฒิ.....

ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การตรวจสมรรถภาพปอดสไปโรเมตรี” ของสมาคมอุรเวชช์ฯ

เคย  ไม่เคย

ประสบการณ์ทางด้านการตรวจสไปโรเมตรี

เคย เป็นเวลา..... ปี  ไม่เคย

ประสบการณ์ทางด้านการตรวจ Lung volume, DLCO  เคย เป็นเวลา..... ปี  ไม่เคย

สถานที่ทำงาน.....ที่อยู่.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรติดต่อ.....แฟกซ์.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือผู้สมัคร..... E-mail : .....

## เครื่อง lung volume และ DLCO ที่มีและใช้ในโรงพยาบาล

มี ชื่อยี่ห้อ .....

ชนิดของ Lung volume  nitrogen washout  body box

ไม่มี (ระบุเหตุผล).....

## เอกสารแนบ

เอกสารรับรองจากสถาบัน

เอกสารการผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การตรวจสมรรถภาพปอดสไปโรเมตรี” ของสมาคมอุรเวชช์ฯ

คุณสมบัติเครื่อง lung volume & DLCO (ถ้ามี)

หมายเหตุ ต้องเคยผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การตรวจสมรรถภาพปอดสไปโรเมตรี” ของสมาคมอุรเวชช์ฯ

## รายละเอียดค่าใช้จ่ายการฝึกอบรม

ค่าลงทะเบียน สำหรับหน่วยงานภาครัฐ 10,000 บาท / ท่าน

ค่าลงทะเบียน สำหรับหน่วยงานภาคเอกชน 15,000 บาท / ท่าน

## สถานที่การฝึกอบรม / ช่วงเวลาการฝึกอบรม

ช่วงเวลาการฝึกอบรม ระหว่างวันที่ 14 – 18 กันยายน 2569 ณ โรงพยาบาลศิริราช

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

กรอกข้อมูลให้ชัดเจนครบทุกหัวข้อ พร้อมส่งรายละเอียดใบแสดงความจำนง ได้ที่

E-mail : thaitst.tst@gmail.com

ชำระค่าสมัครโดยโอนเข้าบัญชีออมทรัพย์

ธนาคารทหารไทยธนชาต สาขาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เลขบัญชี 038-2-88314-8 ชื่อบัญชี “สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์”

ติดต่อเจ้าหน้าที่

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (คุณณัฐกนก ทองพูล)

มือถือ 095-0098880 E-mail : thaitst.tst@gmail.com