



ที่ ศธ 0515(05)/10333

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110 ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

3 กรกฎาคม 2551

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้าร่วมประชุมฯ
เรียน คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
เอกสารแนบ 1. โครงการและกำหนดการ จำนวน 1 ชุด
2. ใบสมัคร จำนวน 1 ฉบับ

คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
เลขที่ 1836
วันที่ 10 ก.ค. 2551
เวลา 10-30

ด้วย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน ชมรมจริยธรรมการวิจัยในคนในประเทศไทย สมาคมผู้วิจัยและผลิต
เภสัชภัณฑ์ ศูนย์ความร่วมมือด้านการวิจัยทางคลินิกนานาชาติ และคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย จะจัดการประชุมสัมมนาการวิจัยทางคลินิกระดับชาติ ประจำปี ครั้งที่ 8 ในวันที่ 14 - 15
สิงหาคม 2551 ณ ห้องประชุมชั้น 15 อาคารเฉลิมพระบารมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้าตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างความ
เป็นเลิศให้กับการศึกษาวิจัยทางคลินิกของประเทศไทย พ.ศ. 2543 เพื่อปรับแผนยุทธศาสตร์การ
ดำเนินการให้ผู้เป้าหมายประเทศ และเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การวิจัยและการบริหารงานวิจัยคลินิก
ของประเทศ ดังรายละเอียดโครงการและกำหนดการที่ได้แนบมาพร้อมนี้

ในการนี้ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอนำส่งรายละเอียดการประชุม มาเพื่อ
เชิญบุคลากรในสังกัดหน่วยงานของท่านสมัครเข้าร่วมการประชุมฯ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้
ผู้สนใจสมัครสามารถกรอกแบบฟอร์มใบสมัครส่งไปยัง งานวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200 โทร. 053- 946216 หรือส่งโทรสารมาที่
053-946207 หรือส่ง e-mail มายัง rsudakae@mail.med.cmu.ac.th ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ 31 กรกฎาคม
2551

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอความกรุณาประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรผู้สนใจทราบโดยทั่วกัน
ต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

10/กค
- 11/กค
- 11/กค
11/กค.๗

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์นิเวศน์ นันทจิต)
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ร.ร. ชาติสัมพันธ์

11/7/51

งานวิจัยและวิเทศสัมพันธ์
โทรศัพท์. 053-946216
โทรสาร. 053-946207
E-mail Address: rsudakae@mail.med.cmu.ac.th

ใบสมัครเข้าร่วมประชุม

สัมมนาการวิจัยทางคลินิกระดับชาติ ประจำปี ครั้งที่ 8
วันที่ 14 – 15 สิงหาคม 2551 ณ ห้องประชุมชั้น 15 อาคารเฉลิมพระบารมี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

.....

1. ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
2. คำนำหน้าชื่อ.....
3. ตำแหน่ง.....
4. สังกัด.....
5. สาขา () อาจารย์
() แพทย์ทั่วไป
() แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ใช้ทุน
() อื่นๆ (ระบุ).....
6. สถานที่ติดต่อ.....
.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
E-mail(โปรดเขียนให้ชัดเจน).....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

งานวิจัยและวิเทศสัมพันธ์

โทรศัพท์. 053-946216

โทรสาร. 053-946207

E-mail Address: rsudakae@mail.med.cmu.ac.th