

ใบลงทะเบียนจัดอบรมทันตแพทยศาสตรศึกษา

เรื่อง Dental Education or Clinical Teacher

วันที่ 16 – 18 กันยายน 2563

กรุณากรอกตัวบรรจง

ชื่อ - สกุล..... เลข ท

เลขบัตรประชาชน..... E-mail.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์บ้าน/คลินิก.....

(โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

หัวข้อการฝึกอบรม ลงทะเบียนก่อน 24 สิงหาคม 2563

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Roles of teacher in dental residency training | <input type="checkbox"/> Questioning & feedback |
| <input type="checkbox"/> Introduction to health professions education | <input type="checkbox"/> Reflective learning |
| <input type="checkbox"/> Dental residency training: outcomes and curriculum | <input type="checkbox"/> Principle of student assessment |
| <input type="checkbox"/> Clinical teaching and clinical supervision | |
| <input type="checkbox"/> Online learning and technology-enhanced learning | |
| <input type="checkbox"/> Dental residency training: towards the new normal | |

ลงชื่อ.....(ผู้ลงทะเบียน)

(.....)

วิธีการชำระค่าลงทะเบียน

พิมพ์ใบรับชำระเงินค่าลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการทันตแพทยศาสตรศึกษา (Bill payment Pay-in Slip) ได้ที่

<https://www.royalthaident.org/content/11/> และนำไปชำระที่ธนาคารไทยพาณิชย์ (เท่านั้น) ทุกสาขาทั่วประเทศ

ส่งใบลงทะเบียนและหลักฐานการชำระเงินมาที่ราชวิทยาลัยฯ ได้ 2 ช่องทาง

1. คุณมนทิรา เกิดสิน โทรศัพท์ 081 255 7945
2. ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ royalthaident@gmail.com

หมายเหตุ : รหัสลูกค้า/Customer No (Ref.1) คือ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม