

**แบบแสดงความประสงค์ขอรับทุนสนับสนุนในการไปประชุมวิชาการ WONCA**

**ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล**

ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ปี เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ เลขที่สมาชิกราชวิทยาลัยฯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ที่อยู่ที่ติดต่อได้ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_โทรศัพท์ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ สถานที่ทำงานปัจจุบัน \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ส่วนที่ 2 รายละเอียดการขอรับการสนับสนุน**

ประเภททุนที่ขอรับการสนับสนุน

* ประเภทที่ 1 ทุนสนับสนุนค่าลงทะเบียนการประชุมเชิงปฏิบัติการในนามของราชวิทยาลัยฯ
* ประเภทที่ 2 ทุนสนับสนุนค่าลงทะเบียนการนำเสนอผลงานวิชาการ แบบ Oral/Poster Presentation สำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยฯ
* ประเภทที่ 3 ทุนสนับสนุนค่าลงทะเบียนการนำเสนอผลงานวิชาการ แบบ Oral/Poster Presentation สำหรับคณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ คณะกรรมการหรือคณะทำงานอื่นใด ที่แต่งตั้งและทำงานให้กับราช วิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ

**ส่วนที่ 3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการประชุม**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา โดยส่งมาที่ thaifammed@gmail.com ดังนี้

* แบบแสดงความประสงค์ขอรับทุนสนับสนุน
* บทคัดย่อของผลงานที่จะนำเสนอหรือการประชุมเชิงปฏิบัติการ
* หนังสือตอบรับจากผู้จัดการประชุม

ข้าพเจ้ารับทราบ และเข้าใจเงื่อนไขการขอรับทุนสนับสนุนจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แห่งประเทศไทย หากข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาสนับสนุนทุน จะดำเนินการส่งสรุปรายงานสิ่งที่ได้เรียนรู้ใน การประชุมวิชาการดังกล่าว มายังราชวิทยาลัยฯ ภายใน 30 วัน หลังจากการประชุมเสร็จสิ้น ตามแบบฟอร์มที่ราชวิทยาลัยกำหนดฯ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

ผู้ขอรับการสนับสนุนทุน