

ใบลงทะเบียน

“HIV/AIDS Hub Session”

วันที่ 7 – 9 ตุลาคม 2551

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อ – นามสกุล: _____

ชื่อ – นามสกุล (ภาษาอังกฤษ): _____

ตำแหน่ง: _____

แผนก: _____

องค์กร: _____

โทรศัพท์: _____

โทรสาร: _____

อีเมลล์: _____

สามารถเข้าร่วมการสัมมนาทางไกลในวันที่:

หัวข้อ	วัน	เวลา
<input type="checkbox"/> สิทธิการเจริญพันธุ์ของผู้ติดเชื้อ (ห้องประชุมชั้น 7)	วันอังคารที่ 7 ตุลาคม 2551	13:00 – 16:00
<input type="checkbox"/> ถึงเวลาแล้วหรือยังที่คนไทยทุกคนควรรู้ผลเลือดของตัวเองโดยสมัครใจ (ห้องประชุมชั้น 7)	วันพุธที่ 8 ตุลาคม 2551	08:30 – 12:00
<input type="checkbox"/> การสัมมนาทางไกล (ห้อง e-Learning ชั้น 3)	วันพฤหัสบดีที่ 9 ตุลาคม 2551	19:00 – 21:00

ผู้ติดต่อ: _____ โทรศัพท์ _____

กรุณาส่งแบบฟอร์มกลับมายัง คุณกมลทิพย์ คล้ายบ้านใหม่ โทรสาร 02-218-2907, 02-215-3617

หรือ อีเมลล์ kamontip.k@car.chula.ac.th