

**แบบตอบรับการเป็นวิทยากร และการอนุญาตให้บันทึกและเผยแพร่**

**ข้อมูลส่วนบุคคล เนื้อหาสไลด์ วีดิทัศน์ สำหรับกิจกรรมทางวิชาการ**

**คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล**

**-----------------------------------------------------------------------------------**

**ข้อมูลเบื้องต้น**

1. ข้อมูลวิทยากร/ผู้ดำเนินการอภิปราย/ผู้นำสอนปฏิบัติ

1.1 ชื่อ-นามสกุล .........................................................................................................................................................

1.2 ภาควิชา/หน่วยงาน ....................................................... สังกัด ...........................................................................

กรุณาตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล และ ตำแหน่งทางวิชาการของท่านให้ถูกต้อง

 □ ถูกต้อง

 □ ไม่ถูกต้อง แก้ไขเป็น .............................................................................

2. ข้อมูลกิจกรรมทางวิชาการ (การฝึกอบรม การประชุมวิชาการ และการสอนปฏิบัติ)

2.1 ชื่อหัวข้อเรื่อง ………………............................................................................

ชื่อการประชุม **ประชุมวิชาการนานาชาติด้านการแพทย์และการสาธารณสุข พ.ศ. 2566 (SICMPH2023)**

2.2 วันที่/เดือน/ปี …………….................... เวลา …………….................... น.

สถานที่จัดกิจกรรม (วิทยากรบรรยายแบบ onsite) ……………….............................................................................

2.3 รูปแบบกิจกรรม □ Onsite □ Online ☑ Hybrid

**การตอบรับการเป็นวิทยากร**

3. ข้าพเจ้า

□ ยินดีตอบรับเป็นวิทยากร/ผู้ดำเนินการอภิปราย/ผู้นำสอนปฏิบัติ และยินยอมให้ทีมผู้จัดงานประชุมวิชาการ เผยแพร่ชื่อ-นามสกุล และหน่วยงานของข้าพเจ้าในสื่อและสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานประชุมวิชาการนี้

□ ไม่สะดวกเป็นวิทยากร/ผู้ดำเนินการอภิปราย/ผู้นำสอนปฏิบัติ

**การอนุญาตให้บันทึกและเผยแพร่ ข้อมูลส่วนบุคคล เนื้อหาสไลด์ วีดิทัศน์**

4. ข้อมูลส่วนบุคคล

* 1. รูปภาพของข้าพเจ้า

□ ยินยอมให้ทีมผู้จัดงานประชุมวิชาการเผยแพร่รูปภาพของข้าพเจ้าในสื่อ และสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานประชุมวิชาการนี้

□ ไม่ยินยอมให้เผยแพร่รูปภาพของข้าพเจ้า

* 1. เบอร์โทรศัพท์มือถือ ……………………................................. E-Mail address : ………………….........................................

□ ยินดีให้เบอร์ติดต่อแก่วิทยากร/ผู้ดำเนินการอภิปรายท่านอื่นใน session เดียวกัน

□ ไม่สะดวกให้เบอร์ติดต่อแก่วิทยากร/ผู้ดำเนินการอภิปราย ท่านอื่นใน session เดียวกัน

5. การอนุญาตให้บันทึกวีดิทัศน์

□ ยินยอม ให้บันทึกวีดิทัศน์ (ทั้งภาพ เสียง และข้อมูลที่เกิดขึ้นขณะดำเนินกิจกรรม) และให้ถือว่ามหาวิทยาลัยมหิดล (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล) เป็นเจ้าของวีดิทัศน์นี้แต่เพียงผู้เดียว

□ ไม่ยินยอม

6. การอนุญาตให้เผยแพร่เอกสาร สไลด์ และวีดิทัศน์บันทึกกิจกรรม

□ ยินยอมให้เผยแพร่

□ ไม่ยินยอม

7. การอนุญาตช่องทางการเผยแพร่สื่อ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

□ ในสถานที่จัดกิจกรรม

□ ระบบออนไลน์ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และ/หรือ มหาวิทยาลัยมหิดล

□ ระบบออนไลน์สาธารณะ

ข้าพเจ้ารับทราบรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการจัดงานเพื่อการจัดประชุมทางวิชาการและขอบเขต กิจกรรมจากผู้จัดงาน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลโดยถูกต้องครบถ้วนแล้ว และโดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอยืนยันความชอบด้วยกฎหมายและยินยอมรับผิดชอบในผลใด ๆ อันเกี่ยวกับการให้ข้อมูลหรือการกระทำใด ของข้าพเจ้า อันอาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้จัดงานหรือบุคคลภายนอก ในการจัดประชุมทางวิชาการและกิจกรรม เรื่อง ................................................................................................................................................................................ การประชุมวิชาการนานาชาติด้านการแพทย์และการสาธารณสุข พ.ศ. 2566 (SICMPH2023) ทุกประการ

ลงชื่อ..............................................................

( )

วันที่ ...........................................................

**หมายเหตุ**

วิทยากรและผู้ดำเนินการอภิปราย สามารถดาวน์โหลด guideline ได้ที่ website [www.speaker.sicmph.com](http://www.speaker.sicmph.com)

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม 9-2673 หรือ 9-2889