



แบบฟอร์มการลงทะเบียน  
การประชุมใหญ่วิชาการประจำปี ครั้งที่ 44  
สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

ระหว่างวันที่ 12-15 ตุลาคม 2561 ณ โรงแรมรอยัล คลิฟ ไฮเต็ล กรุ๊ป พัทยา จ.ชลบุรี

โปรดพิมพ์หรือเขียนตัวบรรจงให้ชัดเจน เพื่อความถูกต้องในการจัดทำทะเบียนและใบเสร็จ)

คำนำหน้า ☐ นพ. ☐ พญ. ☐ นาย ☐ น.ส. ☐ ภก. ☐ ญ.

ชื่อ - สกุล .....

ต้นสังกัด .....

(โปรดระบุเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ) ☐ (CME) ว.แพทย์..... ☐ (CPE) ภ.เภสัชกร.....

ที่อยู่สำหรับออกใบกำกับภาษี .....

.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์.....

➡ ค่าลงทะเบียน (รวมอาหารกลางวัน, อาหารว่าง และเอกสารประกอบการประชุม)

สมาชิกสมาคม ต.....

☐ ก่อน 14 กันยายน 2561 = 5,000 บาท

☐ หลัง 14 กันยายน 2561 = 6,000 บาท

บุคคลทั่วไป

☐ ก่อน 14 กันยายน 2561 = 5,500 บาท

☐ หลัง 14 กันยายน 2561 = 6,500 บาท

➡ การจองห้องพัก ณ โรงแรมรอยัล คลิฟ ไฮเต็ล กรุ๊ป พัทยา จังหวัดชลบุรี

☐ ต้องการสำรองห้องพัก (ราคา 4,000 บาทต่อคืน) กรุณาติดต่อสอบถามโดยตรงมายังเจ้าหน้าที่สมาคมฯ

➡ เงื่อนไขการชำระเงิน

โอนเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ ชื่อบัญชี สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย (ประชุมวิชาการประจำปี)

สาขา สภาอากาศไทย เลขที่ 045-596209-3 (กรุณาส่งหลักฐานการชำระเงิน พร้อมทั้งเอกสารการลงทะเบียนฉบับนี้ และติดต่อเจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ โทรศัพท์ 0-2716-6874 เพื่อยืนยันการชำระเงินดังกล่าว)

ส่งเอกสารการลงทะเบียนได้ทางโทรสาร 0-2716-6807 หรือทาง e-mail : annytk.idat@gmail.com