



สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

แบบฟอร์มการลงทะเบียน การอบรมระยะสั้น

ประจำปี
2561

13-16 มีนาคม 2561

ณ โรงแรมแมนดาริน สีลม กรุงเทพฯ

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

ชื่อ - สกุล.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ CME ว.แพทย์

ที่อยู่ (ที่ติดต่อได้)

.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....ต่อ.....

โทรสาร.....ต่อ.....

โทรศัพท์มือถือ

ที่อยู่ (สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน) ☐ ตามที่อยู่ด้านบน

.....

.....

ค่าลงทะเบียน (รวมอาหารกลางวัน, อาหารว่าง และเอกสารประกอบการประชุม)

สมาชิกสมาคม ต.

• ก่อน 28 กุมภาพันธ์ 2561 = 3,200 บาท

• หลัง 28 กุมภาพันธ์ 2561 = 3,500 บาท

บุคคลทั่วไป

• ก่อน 28 กุมภาพันธ์ 2561 = 3,600 บาท

• หลัง 28 กุมภาพันธ์ 2561 = 4,000 บาท

ชำระค่าลงทะเบียนโดย

โอนเงินผ่าน ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์

สาขา สภาวิชาชีพไทย ชื่อบัญชี “สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย”

เลขที่ 045-596211-6

(กรุณาส่งหลักฐานการชำระเงินและเอกสารการลงทะเบียนมายัง

โทรสาร. 02-716-6807 พร้อมกันนี้ กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ

เพื่อยืนยันการชำระเงิน ดังกล่าวด้วย) E-mail: annytk.idat@gmail.com