

แบบฟอร์มการลงทะเบียน

การอบรมระยะสั้นประจำปี 2560

“Short course of Infectious Diseases of the Year 2017”

สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

ระหว่างวันที่ 14-17 มีนาคม 2560 ณ โรงแรม ดิ เอ็มเมอร์ลด์ ถนนรัชดาภิเษก ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

วันที่.....เดือนพ.ศ. 2560

โปรดพิมพ์หรือเขียนตัวบรรจงให้ชัดเจน เพื่อความถูกต้องในการจัดทำทะเบียนและใบเสร็จ)

คำนำหน้า ☐ นพ. ☐ พญ. ☐ นาย ☐ นาง ☐ น.ส. ☐ ภก. ☐ ภญ.

ชื่อ - สกุล.....

(โปรดระบุเลขที่ใบประกอบวิชาชีพฯ)

☐ (CME) ว.แพทย์..... (จำนวนเครดิต

สถานที่ทำงาน/หน่วยงาน/สังกัด.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

ที่อยู่ (สำหรับออกใบสำคัญรับเงิน) ☐ ตามที่อยู่ด้านบน

โทรศัพท์เบอร์มือถือ E-Mail.....

อัตราค่าลงทะเบียน (รวมอาหารกลางวัน, อาหารว่าง และหนังสืออบรมระยะสั้น 1 เล่ม)

สมาชิกสมาคม (เลขที่สมาชิก ต.....)

☐ ก่อน 28 กุมภาพันธ์ 2560 = 3,200 บาท

☐ หลัง 28 กุมภาพันธ์ 2560 = 3,500 บาท

บุคคลทั่วไป

☐ ก่อน 28 กุมภาพันธ์ 2560 = 3,600 บาท

☐ หลัง 28 กุมภาพันธ์ 2560 = 4,000 บาท

รายละเอียดการชำระเงิน

- ☐ เงินสด

☐ โอนเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ ชื่อบัญชี "สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย (อบรมระยะสั้น)" สาขา สภาอากาศไทย เลขที่ 045-596208-5 (กรณีการโอนเงินผ่านธนาคารกรุณาส่งหลักฐานการชำระเงิน/เอกสารการสนับสนุนพร้อมกันนี้ และติดต่อเจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ เพื่อยืนยันการชำระเงินดังกล่าวด้วย)

กรุณาส่งเอกสารการลงทะเบียนและหลักฐานการชำระค่าลงทะเบียนมายังเบอร์โทรสาร : 0-2716-6807
E-Mail annytk.idat@gmail.com (ธัญญกร คล้ายอุไร) โทรศัพท์ 0-2716-6874 มือถือ 062-962-5614