



(ศาสตราจารย์นายแพทย์ ธีระพงษ์ ตัณฑวิเชียร)
นายกสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย



รายละเอียดการสนับสนุนการจัดกิจกรรม

การอบรมระยะสั้นประจำปี 2560

“Short course of Infectious Diseases of the Year 2017”

ของ สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

ระหว่างวันที่ 14-17 มีนาคม 2560

ณ โรงแรม ดิ เอ็มเมอร์ลด์ ถนนรัชดาภิเษก ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

รายละเอียดการสนับสนุนมีดังนี้

เอกสารแนบ	รายการ	จำนวน	หน่วย	หมายเหตุ
1	- สนับสนุนการจัดนิทรรศการแสดงเวชภัณฑ์ (Booth) ขนาดบูธ 2 * 2 เมตร	35,000.-	บาท	ภายในวันที่ 30 มกราคม 2560
2	- สนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ (แฟ้มเอกสาร, สมุด, ปากกา) สำหรับแพทย์ผู้เข้าประชุม	500.-	ชุด	ภายในวันที่ 30 มกราคม 2560
3	การลงทะเบียน - <u>สมาชิกสมาคมฯ</u> ก่อน วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2560 หลัง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2560 - <u>บุคคลทั่วไป</u> ก่อน วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2560 หลัง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2560	 3,200.- 3,500.- 3,600.- 4,000.-	 บาท บาท บาท บาท	
4	การสั่งซื้อหนังสือการอบรมระยะสั้นประจำปี 2560 (เล่มละ)	350.-	บาท	กรณีสั่งจำนวนมาก กรุณาแจ้ง ภายในวันที่ 30 มกราคม 2560

ติดต่อสอบถาม

คุณธนัญชร คล้ายอุไร (แอน)

โทร.(06) 2962-5614

E-mail : annytk.idat@gmail.com

คุณชนัญธิดา นกสกุล (จิ้ง)

โทร.(09) 9179-5566

E-mail : chanan.idat@gmail.com

** สามารถดาวน์โหลดโปรแกรม และรายละเอียดแบบฟอร์มต่างๆ ได้ทางเว็บไซต์ของสมาคมฯ ที่ www.idthai.org

แบบตอบรับการสนับสนุนการจัดนิทรรศการเวชภัณฑ์ (Booth)

การอบรมระยะสั้นประจำปี 2560

“Short course of Infectious Diseases of the Year 2017”

สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

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

วันที่.....เดือนพ.ศ. 2560

ชื่อบริษัท

ผู้ติดต่อ/ผู้แทนบริษัท..... ตำแหน่ง

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

โทรสารE-Mail.....

➤ มีความประสงค์สนับสนุนการจัดนิทรรศการแสดงเวชภัณฑ์ (Booth) (พื้นที่มีขนาด 2 X 2 เมตร)

รายการ	จำนวน (Booth)	ราคา/Booth (บาท)	รวมจำนวนเงิน (บาท)
สนับสนุนการจัดนิทรรศการแสดงเวชภัณฑ์ (Booth)	35,000.-

หมายเหตุ : * การแสดงความจำนงเป็นผู้สนับสนุนการจัดนิทรรศการ (Booth) หหมดเขตวันที่ 30 มกราคม 2560

* สมาคมฯ จะแจ้งกำหนดการจับฉลากเลือกตำแหน่งการจัดตั้ง (Booth) ให้ทราบภายหลังจาก

ที่อยู่บริษัท (สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี)

.....
.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร.....

เงื่อนไขการชำระเงิน



โอนเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ ชื่อบัญชี "สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย (อบรมระยะสั้น)" สาขา สภาอากาศไทย

เลขที่ 045-596208-5 (กรณีการโอนเงินผ่านธนาคารกรุณาส่งหลักฐานการชำระเงิน/เอกสารการสนับสนุนพร้อมกันนี้ และติดต่อเจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ

โทรศัพท์ 0-2716-6874 เพื่อยืนยันการชำระเงินดังกล่าว)



เช็คสั่งจ่ายในนาม “สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย (อบรมระยะสั้น)”

ธนาคารเลขที่เช็ค.....ลงวันที่.....

กรุณาส่งแบบตอบรับการสนับสนุนฯ หรือติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่

คุณธนัญชร คล้ายอุไร (แอน)

โทร.(06) 2962-5614

E-mail : annytk.idat@gmail.com

แบบตอบรับการสนับสนุนกิจกรรมอื่นๆ

การอบรมระยะสั้นประจำปี 2560

“Short course of Infectious Diseases of the Year 2017”

สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

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

วันที่.....เดือนพ.ศ. 2560

ชื่อบริษัท

ผู้ติดต่อ/ผู้แทนบริษัท..... ตำแหน่ง

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

โทรสารE-Mail.....

➤ รายละเอียดแสดงความจำนงการสนับสนุนกิจกรรมอื่นๆ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	อัตราค่าสนับสนุน/ กิจกรรม (บาท)	รวมจำนวนเงิน (บาท)
<input type="checkbox"/> การจัดทำกระเปาะ สำหรับแพทย์ผู้เข้า	300 ใบ	-	-
<input type="checkbox"/> อุปกรณ์ใส่กระเปาะ สำหรับแพทย์ผู้เข้าประชุมฯ ดังนี้ <input type="checkbox"/> แฟ้มเอกสารงานประชุมฯ <input type="checkbox"/> ปากกา/ดินสอ/สมุดจด <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	อย่างละ 500 ชิ้น	-	-

ที่อยู่บริษัท (สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี)

.....
.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร.....

เงื่อนไขการชำระเงิน



โอนเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ ชื่อบัญชี "สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย (อบรมระยะสั้น)" สาขา สภาอากาศไทย
เลขที่ 045-596208-5 (กรณีการโอนเงินผ่านธนาคารกรุณาส่งหลักฐานการชำระเงิน/เอกสารการสนับสนุนพร้อมกันนี้ และติดต่อเจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ
โทรศัพท์ 0-2716-6874 เพื่อยืนยันการชำระเงินดังกล่าว)



เช็คส่งจ่ายในนาม “สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย (อบรมระยะสั้น)”
ธนาคารเลขที่เช็ค.....ลงวันที่.....

กรุณาส่งแบบตอบรับการสนับสนุนฯ หรือติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่

คุณธนัญชกร คล้ายอุไร (แอน)

โทร.(06) 2962-5614

E-mail : annytk.idat@gmail.com

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 (ธัญชกร คล้ายอุไร) โทรศัพท์ 0-2716-6874 มือถือ 062-962-5614

แบบฟอร์มการสนับสนุนการจัดพิมพ์หนังสือ

การอบรมระยะสั้นประจำปี 2560

“Short course of Infectious Diseases of the Year 2017”

สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

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

วันที่.....เดือนพ.ศ. 2560

ชื่อบริษัท

ผู้ติดต่อ/ผู้แทนบริษัท..... ตำแหน่ง

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

โทรสารE-Mail.....

รายละเอียดการสนับสนุนการจัดพิมพ์หนังสือ

รายการ	ราคา/เล่ม (บาท)	รวมจำนวน (เล่ม)	ค่าจัดส่ง (ทางไปรษณีย์)	รวมเป็นเงิน (บาท)
หนังสือ การอบรมระยะสั้น ประจำปี 2560 (วันที่ 14-17 มีนาคม 2560)	ราคา 350 บาท		60 บาท/ (1 เล่ม)	

หมายเหตุ : * กรณีสั่งจำนวนมาก กรุณาแจ้งความประสงค์ภายใน วันที่ 30 มกราคม 2560

ที่อยู่บริษัท (สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี)

.....

.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร.....

เงื่อนไขการชำระเงิน



โอนเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ ชื่อบัญชี "สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย (อบรมระยะสั้น)" สาขา สภาอากาศไทย

เลขที่ 045-596208-5 (กรณีการโอนเงินผ่านธนาคารกรุณาส่งหลักฐานการชำระเงิน/เอกสารการสนับสนุนพร้อมกันนี้ และติดต่อเจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ

โทรศัพท์ 0-2716-6874 เพื่อยืนยันการชำระเงินดังกล่าว)



เช็คสั่งจ่ายในนาม “สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย (อบรมระยะสั้น)”

ธนาคารเลขที่เช็ค.....ลงวันที่.....

กรุณาส่งแบบตอบรับการสนับสนุนฯ หรือติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่

คุณธนัญชกร คล้ายอุไร (แอน)

โทร.(06) 2962-5614

E-mail : annytk.idat@gmail.com