สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

การอบรมระยะสั้น ประจำปี 2562

แบบฟอร์มการลงทะเบียน

11 - 14 มีนาคม 2562
ณ โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพฯ

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

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 2562 = **3,200 บาท**
- **หลัง** 28 กุมภาพันธ์ 2562 = **3,500 บาท**

บุคคลทั่วไป

- **ก่อน** 28 กุมภาพันธ์ 2562 = **3,600 บาท**
- **หลัง** 28 กุมภาพันธ์ 2562 = **4,000 บาท**

ชำระค่าลงทะเบียนโดย

โอนเงินผ่าน **ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์**
สาขา **สภากาชาดไทย** ชื่อบัญชี **"สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย"**
เลขที่ **045-596211-6** (กรุณาส่งหลักฐานการชำระเงินและเอกสารการลงทะเบียน มายัง
E-mail: annytk.idat@gmail.com โทรสาร. **02-716-6807**
พร้อมกันนี้ กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ เพื่อยืนยันการชำระเงิน ดังกล่าวด้วย)