



สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

การอบรมวิชาการระยะสั้น “Rheumatology for the Non-Rheumatologist” ครั้งที่ 17

“Essentials of Clinical Rheumatology”

วันที่ 4-6 ตุลาคม 2560

ณ ห้อง 200 โซน C ชั้น 13 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ใบลงทะเบียน

หมายเลข .....

วันที่รับ .....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ชื่อ-นามสกุล .....

สังกัด ..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .....

สถานที่ติดต่อ .....

..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... e-mail .....

ค่าลงทะเบียน (รวมกระเป๋า, เอกสารประกอบการบรรยาย, อาหารกลางวัน และอาหารว่าง)

ก่อน 31 สิงหาคม 2560

หลัง 31 สิงหาคม 2560

จำนวน (คน)

แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์

2,000 บาท

2,200 บาท

.....

แพทย์ประจำบ้าน

1,800 บาท

2,000 บาท

.....

ที่พัก (รวมอาหารเช้า)

โรงแรมวันนา บางกอก

ห้องเดี่ยว 1,800 บาท จำนวน ..... ห้อง เข้า ..... ต.ค. 60 ออก ..... ต.ค. 60

ห้องคู่ 2,000 บาท จำนวน ..... ห้อง เข้า ..... ต.ค. 60 ออก ..... ต.ค. 60

โรงแรมมณเฑียร สุรวงศ์

ห้องเดี่ยว 1,800 บาท จำนวน ..... ห้อง เข้า ..... ต.ค. 60 ออก ..... ต.ค. 60

ห้องคู่ 2,000 บาท จำนวน ..... ห้อง เข้า ..... ต.ค. 60 ออก ..... ต.ค. 60

โรงแรม MÖVENPICK (สุขุมวิท ซอย 15)

ห้องเดี่ยว 3,000 บาท จำนวน ..... ห้อง เข้า ..... ต.ค. 60 ออก ..... ต.ค. 60

ห้องคู่ 3,000 บาท จำนวน ..... ห้อง เข้า ..... ต.ค. 60 ออก ..... ต.ค. 60

กรุณาส่งใบลงทะเบียนพร้อมค่าลงทะเบียนและคำมัดจำห้องพักมายัง

สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

ชั้น 9 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย

ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 0-2716-6524, 08-1658-1524 โทรสาร 0-2716-6525

e-mail toojaisai@yahoo.co.uk

ชำระเป็น  เงินสด  ธนาณัติ  เช็ค

โอนเงิน

ค่าลงทะเบียน ..... บาท

ค่าห้องพัก ..... บาท

รวมเป็นเงิน ..... บาท

ธนาคารที่สั่งจ่ายในนาม สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ปณ. เพชรบุรีตัดใหม่ 10311

เช็คสั่งจ่ายในนาม สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย (เช็คต่างจังหวัดกรุณาเพิ่มค่าธรรมเนียมฉบับละ 10 บาท)

โอนเงินธนาคารอาคารสงเคราะห์ สำนักงานใหญ่

ชื่อบัญชี สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย บัญชีออมทรัพย์พิเศษ เลขที่ 001-13-013887-3