



สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

Rheumatology Workshop for the Non-Rheumatologist ครั้งที่ 12

วันที่ 12 พฤษภาคม 2561

ณ ห้องดุสิตธานี อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา ชั้น 10 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ใบลงทะเบียน

หมายเลข .....

วันที่รับ .....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ชื่อ-นามสกุล .....

สังกัด ..... หมายเลขใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

สถานที่ติดต่อ .....

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

**ค่าลงทะเบียน (รวมเอกสาร อาหารกลางวัน และอาหารว่าง)**

ก่อน 30 เมษายน 2561      หลัง 30 เมษายน 2561      จำนวน (คน)

แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์      1,500 บาท      1,800 บาท      .....

แพทย์ประจำบ้าน      1,200 บาท      1,500 บาท      .....

**รับจำนวนจำกัด**

**ที่พัก (รวมอาหารเช้า)**

**โปรแกรมมัดจำค่าห้องพัก 1 คืน ต่อ 1 ห้อง**

โรงแรมเดอะสุโกศล

ห้องเดี่ยว      3,500 บาท      จำนวน ..... ห้อง      เข้า ..... พ.ค. 61      ออก ..... พ.ค. 61

ห้องคู่      3,500 บาท      จำนวน ..... ห้อง      เข้า ..... พ.ค. 61      ออก ..... พ.ค. 61

กรุณาส่งใบลงทะเบียนพร้อมค่าลงทะเบียนและค่ามัดจำห้องพักมายัง

สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

ชั้น 9 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย

ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

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

ชำระเป็น  เงินสด  ธนาณัติ  เช็ค

ค่าลงทะเบียน ..... บาท

ค่ามัดจำห้องพัก ..... บาท

รวมเป็นเงิน ..... บาท

e-mail [secretariat@thairheumatology.org](mailto:secretariat@thairheumatology.org)

**ธนาณัติสั่งจ่ายในนาม สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย      ปณ. เพชรบุรีตัดใหม่ 10311**

**เช็คสั่งจ่ายในนาม สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย**

**(หากเป็นเช็คต่างจังหวัดกรุณาเพิ่มค่าธรรมเนียมฉบับละ 10 บาท)**

โอนเงินธนาคารอาคารสงเคราะห์ สำนักงานใหญ่

ชื่อบัญชี สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย บัญชีออมทรัพย์พิเศษ เลขที่ 001-13-013887-3