



สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

การประชุม Advances in Arthritis/Autoimmune Meeting

ครั้งที่ 6

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2561

ณ ห้องอินฟินิตี้ 1-2 ชั้น G โรงแรมพูลแมน คิง เพาเวอร์ กรุงเทพฯ

ใบลงทะเบียน

หมายเลข .....

วันที่รับ .....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ชื่อ-นามสกุล .....

สังกัด .....

สถานที่ติดต่อ .....

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

ค่าลงทะเบียน (รวมกระเป๋า, เอกสารประกอบการบรรยาย, อาหารกลางวัน และอาหารว่าง)

ก่อน 31 ตุลาคม 2561

หลัง 31 ตุลาคม 2561

จำนวน (คน)

แพทย์สมาชิก

1,500 บาท

1,800 บาท

.....

แพทย์ทั่วไป บุคลากรทางการแพทย์

1,800 บาท

2,000 บาท

.....

ที่พัก (รวมอาหารเช้า)

โรงแรมพูลแมน คิง เพาเวอร์ กรุงเทพฯ



ห้องเดี่ยว

4,000 บาท

จำนวน ..... ห้อง

เข้า ..... พ.ย. 61

ออก ..... พ.ย. 61



ห้องคู่

4,200 บาท

จำนวน ..... ห้อง

เข้า ..... พ.ย. 61

ออก ..... พ.ย. 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

e-mail toojaisai@yahoo.co.uk, secretariat@thairheumatology.org

ชำระเป็น



เงินสด



ธนาคาร



เช็ค



โอนเงิน

ค่าลงทะเบียน ..... บาท

ค่าห้องพัก ..... บาท

รวมเป็นเงิน ..... บาท

ธนาคารสั่งจ่ายในนาม สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ปณ. เพชรบุรีตัดใหม่ 10311

เช็คสั่งจ่ายในนาม สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย (เช็คต่างจังหวัดกรุณาเพิ่มค่าธรรมเนียมฉบับละ 10 บาท)

โอนเงินธนาคารอาคารสงเคราะห์ สำนักงานใหญ่

ชื่อบัญชี สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย บัญชีออมทรัพย์พิเศษ เลขที่ 001-13-013887-3