



**สมาคมรูมาตีสซึมแห่งประเทศไทย**  
**การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 34**  
**วันที่ 15-17 มีนาคม 2562**  
**ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จังหวัดชลบุรี**

ใบลงทะเบียน

หมายเลข .....

วันที่รับ .....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ชื่อ-นามสกุล .....

สังกัด .....ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

สถานที่ติดต่อ .....

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

**ค่าลงทะเบียน (รวมเอกสาร อาหารกลางวัน อาหารว่าง และ Gala Dinner)**

ก่อน 15 กุมภาพันธ์ 2562      หลัง 15 กุมภาพันธ์ 2562      จำนวน (คน)

ไม่ใช่สมาชิก	5,000 บาท	5,500 บาท	.....
สมาชิกสมาคมฯ	4,500 บาท	5,000 บาท	.....
แพทย์ประจำบ้าน	3,000 บาท	3,500 บาท	.....

**ที่พัก (รวมอาหารเช้า)      โปรแกรมจัดค่าห้องพัก 1 คืน ต่อ 1 ห้อง**

**Dusit Thina Pattaya**

- ห้องเดี่ยว      5,000 บาท      จำนวน ..... ห้อง      เข้า ..... มี.ค. 62      ออก ..... มี.ค. 62
- ห้องคู่      5,000 บาท      จำนวน ..... ห้อง      เข้า ..... มี.ค. 62      ออก ..... มี.ค. 62

**Grande Centre Point Pattaya (Terminal 21)**

- ห้องเดี่ยว      5,000 บาท      จำนวน ..... ห้อง      เข้า ..... มี.ค. 62      ออก ..... มี.ค. 62
- ห้องคู่      5,000 บาท      จำนวน ..... ห้อง      เข้า ..... มี.ค. 62      ออก ..... มี.ค. 62

กรุณาส่งใบลงทะเบียนพร้อมค่าลงทะเบียนและค่ามัดจำห้องพักมายัง  
 สมาคมรูมาตีสซึมแห่งประเทศไทย  
 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 secretariat@thairheumatology.org, toojaisai@yahoo.co.uk  
 \*\*\*สมาคมฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการจัดสรรห้องพักให้กับผู้เข้าร่วมประชุม\*\*\*

ชำระเป็น  เงินสด     ธนาณัติ     เช็ค  
 โอนเงิน  
 ค่าลงทะเบียน ..... บาท  
 ค่ามัดจำห้องพัก ..... บาท  
 รวมเป็นเงิน ..... บาท

**ธนาคารที่ส่งจ่ายในนาม      สมาคมรูมาตีสซึมแห่งประเทศไทย      ปณ. เพชรบุรีตัดใหม่ 10311**

**เช็คส่งจ่ายในนาม      สมาคมรูมาตีสซึมแห่งประเทศไทย**  
 (หากเป็นเช็คต่างจังหวัดกรุณาเพิ่มค่าธรรมเนียมฉบับละ 10 บาท)

**โอนเงินธนาคารอาคารสงเคราะห์ สำนักงานใหญ่**

**ชื่อบัญชี สมาคมรูมาตีสซึมแห่งประเทศไทย      บัญชีออมทรัพย์พิเศษ      เลขที่ 001-13-013887-3**