

International Polysomnography Course

19th – 22th July 2015, Bangkok, Thailand

ใบสมัครเข้าร่วมการประชุม

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนตัว

Title Prof Dr Mr Mrs Miss

Given name/First Name..... Surname/Last name.....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย)..... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

Speciality Physician Resident Fellow Nurse Technician Others

สถานที่ทำงาน/หน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

โทร..... E-Mail.....

กรุณาออกใบเสร็จในนาม ชื่อ-ที่อยู่ด้านบน

อื่นๆ โปรดระบุ.....

ขอเรียกห้องเพิ่มเติม: ไม่ทานเนื้อ ไม่ทานอาหารทะเล มังสวิรัติ ฮาลาล

ส่วนที่ 2 : ค่าลงทะเบียน

วันนี้ ถึง 30 มิ.ย.2558 ตั้งแต่ 1 ก.ค.2558 เป็นต้นไป
- ค่าลงทะเบียน 10,000 บาท 12,000 บาท

ส่วนที่ 3 : การชำระเงิน

รวมบาท

ชำระเงินโดยการโอนเงินผ่านทางธนาคาร

ชื่อบัญชี สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย

ธนาคารกรุงเทพ สาขาจตุจักร บัญชีกระแสรายวัน

เลขที่บัญชี 209-3040000

*กรุณาสแกนหรือถ่ายภาพ ใบสมัครพร้อมสำเนาหลักฐานการชำระเงิน

ส่งมาที่ E-mail: pan_praw@hotmail.com

**การลงทะเบียนของท่านจะเสร็จสมบูรณ์ เมื่อได้รับอีเมลยืนยันจากทางคณะผู้จัดงาน