

ใบลงทะเบียน

การประชุมวิชาการประจำปี 2560 “Sleep Medicine: Integration into Clinical Practice”

ระหว่างวันที่ 17-18 สิงหาคม พ.ศ.2560

ณ ห้องประชุมกุมาร ชั้น 10 อาคารพัชรกิติยาภา

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย)

อายุ.....ปี เพศ..... วุฒิกการศึกษาสูงสุด.....

อาชีพ (ระบุ).....รพ.บริษัท.....

ที่อยู่ติดต่อได้

.....

.....

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ

โทรศัพท์ โทรสาร..... E-mail:

กรุณาออกใบเสร็จในนาม ชื่อ-ที่อยู่ด้านบน

อื่นๆ โปรดระบุ

.....

อัตราค่าลงทะเบียน สมาชิกสมาคมฯ 1,500.-บาท/ท่าน

ผู้สนใจทั่วไป 3,000.-บาท/ท่าน

In training 1,000.-บาท/ท่าน

หมายเหตุ: ก่อนสมัครโปรดสำรองที่นั่งที่ โทร. 096-712 0005, 062-436 3887 เนื่องจากรับจำนวนจำกัด (100 ที่นั่ง)

วิธีการชำระเงิน

เงินโอนผ่านทางธนาคาร ชื่อบัญชี สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ธนาคาร
กรุงเทพ สาขาสวนจตุจักร บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 209-304-0000

เช็คสั่งจ่าย ในนาม “ สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย”

วิธีการส่งเอกสารการสมัคร

ส่งเอกสารลงทะเบียนพร้อมสแกนหลักฐานการโอนเงินมายัง

E-mail: annualmeeting.sst@gmail.com

ส่งเอกสารลงทะเบียนทางไปรษณีย์ พร้อมหลักฐานการชำระเงินมายัง สมาคมโรคจากการ
หลับแห่งประเทศไทย สำนักงานเลขานุการ: ศูนย์โรคการนอนหลับ ชั้น 7 อาคารศูนย์การแพทย์
สมเด็จพระเทพรัตนฯ โรงพยาบาลรามาธิบดี 270 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 1040

กำหนดการรับสมัครตั้งแต่วันที่ จนถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2560

ค่าลงทะเบียนสามารถเบิกจ่ายได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง และไม่นับเป็นวันลา

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ คุณชนภรณ์ รัตนทากุล โทรศัพท์ 096-712 0005, 062-436 3887