

ใบลงทะเบียน

ความรู้พื้นฐานด้านการนอนหลับ 1 สัปดาห์

(Intensive course - Basic Knowledge in Sleep Medicine)

ระหว่างวันที่ 19-23 กรกฎาคม พ.ศ. 2564

ณ ห้องประชุม mini theater ชั้น 5 อาคารศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ชื่อ-สกุลอายุปี เพศ.....

วุฒิการศึกษาสูงสุดสาขา.....

อาชีพ(ระบุ).....เลขที่ ว.....

สถานที่ทำงาน รพ./บริษัท.....

ที่อยู่ติดต่อได้ รพ./บริษัท.....

เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....แขวง.....

เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรสาร.....

โทรศัพท์E-mail:.....

อัตราค่าลงทะเบียน

แพทย์ และ ผู้สนใจ 2,500 บาท/course (5 วัน)

หรือลงทะเบียนรายวัน วันละ 600 บาท โปรดระบุวันที่

วันที่ 19 กรกฎาคม 2564 วันที่ 20 กรกฎาคม 2564 วันที่ 21 กรกฎาคม 2564 วันที่ 22 กรกฎาคม 2564 วันที่ 23 กรกฎาคม 2564

รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท

นักศึกษา / Non Sleep In –training 1,000 บาท/course (5 วัน)

แพทย์ประจำบ้านต่อยอด Sleep ทุกสาขา หลักสูตร 1 ปี หลักสูตร 2 ปี ไม่เสียค่าใช้จ่าย

หมายเหตุ: On-site สำหรับ Fellow Sleep จำกัด 20 ท่าน

ก่อนสมัคร โปรดสำรองที่นั่งที่โทร. 096-712 0005, 062-436 3887

การชำระเงิน

เงินโอนผ่านทางธนาคาร ชื่อบัญชี สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย

ธนาคารกรุงเทพ บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 209-304-0000 สาขาสวนจตุจักร

เช็คส่งจ่าย ในนาม “ สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย”

วิธีการส่งเอกสารสมัคร

ส่งเอกสารลงทะเบียนพร้อมสแกนหลักฐานการโอนเงิน มายัง **E-mail: annualmeeting.sst@gmail.com**

ส่งเอกสารลงทะเบียนทางไปรษณีย์ พร้อมหลักฐานการชำระเงิน มายัง สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย

สำนักงานเลขานุการ: ศูนย์โรคการนอนหลับ ชั้น 7 อาคารศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดี 270

แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

กำหนดการรับสมัครตั้งแต่วันที่ จนถึง **วันที่ 12 กรกฎาคม 2564** หรือจนกว่าจะเต็ม

ค่าลงทะเบียนสามารถบิจ่ายได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง และไม่นับเป็นวันลา

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