

ใบลงทะเบียน

ความรู้พื้นฐานด้านการนอนหลับ 1 สัปดาห์

(Intensive course - Basic Knowledge in Sleep Medicine)

ระหว่างวันที่ 20 - 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ณ ห้องประชุม ชั้น 7 ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ชื่อ-สกุลอายุปี เพศ.....
วุฒิการศึกษาสูงสุดสาขา.....
อาชีพ(ระบุ).....
สถานที่ทำงาน รพ./บริษัท.....
ที่อยู่ติดต่อได้ รพ./บริษัท.....
เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....แขวง.....
เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรสาร.....
โทรศัพท์E-mail:.....

อัตราค่าลงทะเบียน

- แพทย์ และ ผู้สนใจ 4,000 บาท/course (5 วัน)
 หรือลงทะเบียนรายวัน วันละ 900 บาท โปรดระบุวันที่
○ วันที่ 20 กรกฎาคม 2563 ○ วันที่ 21 กรกฎาคม 2563 ○ วันที่ 22 กรกฎาคม 2563 ○ วันที่ 23 กรกฎาคม 2563 ○ วันที่ 24 กรกฎาคม 2563
รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท

- นักศึกษา / Non Sleep In –training 1,500 บาท/course (5 วัน)
 แพทย์ประจำบ้านต่อยอด Sleep ทุกสาขา ทั้งหลักสูตร 1 ปี และ 2 ปี ไม่เสียค่าใช้จ่าย

หมายเหตุ: ก่อนสมัครโปรดสำรองที่นั่งที่โทร. 096-712 0005, 062-436 3887 เนื่องจากรับจำนวนจำกัด (50 ท่าน)
(ไม่มีอาหารว่างและอาหารเที่ยง**)**

การชำระเงิน

- เงินโอนผ่านทางธนาคาร ชื่อบัญชี สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย
ธนาคารกรุงเทพ บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 209-304-0000 สาขาสวนจตุจักร
 เช็คสั่งจ่าย 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

กำหนดการรับสมัครตั้งแต่บัดนี้ จนถึง **วันที่ 15 กรกฎาคม 2563**

ค่าลงทะเบียนสามารถเบิกจ่ายได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง และไม่นับเป็นวันลา

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