

ใบลงทะเบียน

ความรู้พื้นฐานด้านการนอนหลับ 1 สัปดาห์

(Intensive course - Basic Knowledge in Sleep Medicine)

ระหว่างวันที่ 18-23 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

ณ ห้องประชุม ชั้น 7 อาคารศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ชื่อ-สกุล อายุ ปี เพศ.....

วุฒิการศึกษาสูงสุด สาขา.....

อาชีพ(ระบุ)..... เลขที่ ว.....

สถานที่ทำงาน รพ./บริษัท.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ รพ./บริษัท.....

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

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

โทรศัพท์ E-mail:.....

อัตราค่าลงทะเบียน

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

หรือลงทะเบียนรายวัน วันละ 600 บาท โปรดระบุวันที่

วันที่ 18 กรกฎาคม 2565 วันที่ 19 กรกฎาคม 2565 วันที่ 20 กรกฎาคม 2565 วันที่ 21 กรกฎาคม 2565 วันที่ 22 กรกฎาคม 2565

รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท

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

แพทย์ประจำบ้านต่อยอด Sleep ทุกสาขา หลักสูตร 1 ปี หลักสูตร 2 ปี ไม่เสียค่าใช้จ่าย

หมายเหตุ: รูปแบบการประชุม On-site จำกัดจำนวน 50 ท่าน

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

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: ศูนย์นิทรรศการ ชั้น 5 อาคารผู้ป่วยในพิเศษ 14 ชั้น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 1873 แขวง

ปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กำหนดการรับสมัครตั้งแต่วันที่ **วันนี้** จนถึง **วันที่ 12 กรกฎาคม 2565** หรือจนกว่าจะเต็ม

ค่าลงทะเบียนสามารถเบิกจ่ายได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง และไม่นับเป็นวันลา

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