

แบบฟอร์มลงทะเบียน

Chiang Mai Nephrology Conference 2017

วันที่ 7 – 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2560

ศูนย์ประชุมนานาชาติ โรงแรมดิเอ็มเพรส จ.เชียงใหม่

I. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน

- แพทย์ 2,500 บาท  
 พยาบาล 1,500 บาท  
 อื่นๆ ระบุ .....

ชื่อ (นพ./พญ./คุณ) ..... นามสกุล .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

เลขประกอบวิชาชีพ แพทย์/ พยาบาล .....

เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลโรคไต (ปี พ.ศ./ .....) .....

โรงพยาบาล ..... หน่วยงาน .....

มือถือ ..... E-mail .....

II. โรงแรม

Hotel	Room Type	Single	Twin
The Empress Chiang Mai	Superior Room	<input type="radio"/> THB 2,000	<input type="radio"/> THB 2,200
	Extra Bed (เตียงเสริม)	<input type="radio"/> THB 1,000	

จำนวน \_\_\_\_\_ ห้อง

Check in date \_\_\_\_\_ Check out date \_\_\_\_\_

รวมเป็นจำนวนเงิน \_\_\_\_\_ บาท

III. การชำระเงิน

- เช็คธนาคาร ..... สาขา .....  
เลขที่ ..... ลงวันที่ .....

สั่งจ่ายในนาม หน่วยวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มช.

- โอนเงินเข้าบัญชี

ชื่อบัญชี หน่วยวิชาโรคไต เลขที่บัญชี 566-2-50644-2

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา คณะแพทยศาสตร์ มช. บัญชี ออมทรัพย์

กรณีโอนเงินกรุณา Fax ใบสมัครพร้อมสลิปโอนเงิน โดยเขียนชื่อลงทะเบียนกำกับลงในสลิป ส่งมาที่ 053-895235

ลงนามผู้สมัคร ..... วันที่.....