



การประชุมวิชาการประจำปีสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 57

"Hematology 2021: A New Normal Era Unfolding"

วันที่ 7-10 มีนาคม 2564 ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ

ใบลงทะเบียน

นพ. พญ. นาย นาง นางสาว:

ชื่อ-นามสกุล: (ภาษาไทย) _____ (ภาษาอังกฤษ) _____

สถาบัน: _____ ตำแหน่ง: _____

ที่อยู่ติดต่อ: _____

รหัสไปรษณีย์: _____

*อีเมล (ต้องระบุ): _____ โทร: _____

ค่าลงทะเบียน:

| ประเภทผู้ลงทะเบียน | ค่าลงทะเบียน | จำนวนเงินที่ชำระ |
|---|--------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่สมาชิก สสท. | 4,000 บาท | _____ |
| <input type="checkbox"/> สมาชิกสามัญ | 3,000 บาท | _____ |
| <input type="checkbox"/> สมาชิกวิสามัญ หรือ Resident/Fellow in Training | 2,000 บาท | _____ |
| <input type="checkbox"/> สมาชิกที่เกษียณอายุราชการแล้ว โปรตระบุปีเกิด _____ | ยกเว้นค่าลงทะเบียน | _____ |

* การเข้าร่วมประชุม (โปรดระบุข้อใดข้อหนึ่ง):

onsite meeting ที่ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์ หรือ

virtual meeting บน zoom webinar

เนื่องจากภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 สมาคมฯ จำเป็นต้องดำเนินการตามมาตรการเว้นระยะห่างที่ทางรัฐได้กำหนดไว้เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ จึงได้จัดการประชุมเป็นสองระบบ (hybrid meeting) คือ onsite meeting และ virtual meeting ซึ่งสถานที่จัดประชุมจะสามารถรองรับผู้เข้าร่วมประชุมแบบ onsite meeting ได้เพียง 280 ท่านเท่านั้น จึงขอให้ท่านโปรดระบุความต้องการเข้าร่วมประชุม

อนึ่ง ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านจะได้รับ Registration ID ทางอีเมลเพื่อใช้สำหรับการ login เข้าชมการประชุมสดผ่าน Webinar และชมเทปบันทึกย้อนหลังผ่านเว็บไซต์ และเฟซบุ๊กของสมาคม (ถึงสิ้นเดือนพฤษภาคม 2564)

การร่วมเสนอผลงานทางวิชาการในงานประชุม: กำหนดส่งบทคัดย่อภายในวันที่ 10 มกราคม 2564 ที่อีเมล <join@tsh.or.th>

ไม่ส่ง ส่งบทคัดย่อเพื่อเสนอผลงาน โปรดระบุชื่อเรื่อง _____

การชำระเงิน:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชี สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบตี เลขที่บัญชี 026-4-13189-7 (กรุณาแนบใบโอนเงินมาพร้อมใบลงทะเบียน) <input type="checkbox"/> เช็คธนาคาร _____ เลขที่: _____ ลงวันที่: _____ | มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนามและที่อยู่ต่อไปนี้ _____ _____ _____ |
|--|--|

การยกเลิกลงทะเบียน:

- การยกเลิกลงทะเบียนภายในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 สมาคมฯ จะคืนค่าลงทะเบียนให้หลังงานประชุมโดยหักค่าธรรมเนียมร้อยละ 25 ของค่าลงทะเบียน ทั้งนี้ต้องมีหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรมายังสมาคมฯ
- การยกเลิกหลังวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 จะไม่ได้รับเงินค่าลงทะเบียนคืน

ลงชื่อผู้สมัคร _____ วันที่ _____

กรุณาส่งใบสมัครที่: สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย

ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพมหานคร 10310 โทร: 02716-5977 แฟกซ์: 02716-5978 อีเมล: join@tsh.or.th