



# การประชุมวิชาการประจำปีสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 50

วันที่ 1-4 มีนาคม 2560 ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ

## ใบลงทะเบียน

นพ.  พญ.  นาย  นาง  นางสาว: \_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุลภาษาอังกฤษ: \_\_\_\_\_

สถาบัน: \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง: \_\_\_\_\_

ที่อยู่ติดต่อ: \_\_\_\_\_

รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_

อีเมล: \_\_\_\_\_ โทร: \_\_\_\_\_ แฟกซ์: \_\_\_\_\_

### 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 โปรตระกูลเกิด _____	ยกเว้นค่าลงทะเบียน	

➔ ร่วมเสนอผลงานทางวิชาการในงานประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 50:  ส่งบทความเพื่อเสนอผลงาน  ไม่ส่ง

กำหนดส่งบทความภายในวันที่ 15 มกราคม 2560 ที่อีเมล <join@tsh.or.th>

โปรตระกูลชื่อเรื่อง \_\_\_\_\_

### การชำระเงิน:

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

การยกเลิกลงทะเบียน: 1. การยกเลิกลงทะเบียนภายในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2560 สมาคมฯ จะคืนค่าลงทะเบียนให้หลังงาน

ประชุมโดยหักค่าธรรมเนียมร้อยละ 25 ของค่าลงทะเบียน ทั้งนี้ต้องมีหนังสือแจ้งเป็นลาย

ลักษณ์อักษรมายังสมาคมฯ

2. การยกเลิกหลังวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2560 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

เฉพาะเจ้าหน้าที่	ผู้รับลงทะเบียน:	วันที่:	Reg. No.:
------------------	------------------	---------	-----------