



9th Lymphoma Education “New Frontiers in Lymphoma”

September 12-13, 2015, Swissôtel Le Concord, Bangkok

ใบลงทะเบียน

นพ. พญ. นาย นาง นางสาว: _____

ชื่อ-นามสกุลภาษาอังกฤษ: _____

สถาบัน: _____ ตำแหน่ง: _____

ที่อยู่ติดต่อ: _____

รหัสไปรษณีย์: _____

อีเมล: _____ โทร: _____ แฟกซ์: _____

ค่าลงทะเบียน:

ประเภทผู้ลงทะเบียน	ค่าลงทะเบียน
<input type="checkbox"/> แพทย์	2,000 บาท
<input type="checkbox"/> แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด	1,500 บาท
<input type="checkbox"/> พยาบาล/นักเทคนิคการแพทย์/อื่นๆ	1,500 บาท

การชำระเงิน:

<input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสุภาพกาชาดไทย ชื่อบัญชี “ชมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองแห่งประเทศไทย สลท.” เลขที่บัญชี 045-299182-3 (กรุณานับใบโอนเงินมาพร้อมใบลงทะเบียน)	มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนามและที่อยู่ ต่อไปนี้ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> เช็คธนาคาร _____ เลขที่: _____ ลงวันที่: _____ สั่งจ่ายในนาม “ชมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองแห่งประเทศไทย สลท.”	

การยกเลิกลงทะเบียน: 1. การยกเลิกลงทะเบียนภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2558 ชมรมฯ จะคืนค่าลงทะเบียนให้หลังงาน
ประชุมโดยหักค่าธรรมเนียมร้อยละ 25 ของค่าลงทะเบียน ทั้งนี้จะต้องมีหนังสือแจ้งเป็นลาย
ลักษณ์อักษรมายังชมรมฯ

2. การยกเลิกหลังวันที่ 15 สิงหาคม 2558 จะไม่ได้รับเงินค่าลงทะเบียนคืน

ลงชื่อผู้สมัคร _____ วันที่ _____

กรุณาส่งใบลงทะเบียนที่: ชมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองแห่งประเทศไทย สาขาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์/โทรสาร: 02 256-4564 อีเมล: joi@tsh.or.th

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