



ประชุมวิชาการกลางปีครั้งที่ 51 สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย
วันที่ 5-6 ตุลาคม 2560 ณ โรงแรมทวาราวดี จังหวัดปราจีนบุรี

ใบลงทะเบียน

ข้อมูลผู้ลงทะเบียน

ชื่อผู้ลงทะเบียน (ผญ. / นพ. / นาย / นาง / น.ส.) _____

สถาบัน _____

ที่อยู่ติดต่อสะดวก _____

โทรศัพท์มือถือ _____ โทรสาร _____ E-mail _____

รายละเอียดการลงทะเบียน

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
1	ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมวิชาการ: <input type="checkbox"/> สมาชิก สลท. ประเภทสามัญ 2,000 บาท <input type="checkbox"/> สมาชิก สลท. ประเภทวิสามัญ, resident / fellow in training 1,500 บาท <input type="checkbox"/> บุคคลทั่วไป – แพทย์ 3,000 บาท <input type="checkbox"/> บุคคลทั่วไป – บุคลากรทางการแพทย์/นักวิจัย 2,500 บาท <input type="checkbox"/> สมาชิก สลท. ที่เกษียณอายุราชการแล้ว โปรดระบุปีเกิด _____ ยกเว้นค่าลงทะเบียน	
2	สำรองห้องพัก <input type="checkbox"/> โรงแรมทวาราวดี ปราจีนบุรี (สถานที่ประชุมวิชาการ) <input type="checkbox"/> Standard 1,300 บาท <input type="checkbox"/> Superior 1,800 บาท <input type="checkbox"/> Premium Deluxe 2,000 บาท <input type="checkbox"/> โรงแรมเดอะการ์เด้น 304 <input type="checkbox"/> Studio 1,350 บาท <input type="checkbox"/> พักเดี่ยว <input type="checkbox"/> พักคู่ โปรดระบุชื่อผู้พักร่วม/ผู้ติดตาม _____ วันที่เข้าพัก <input type="checkbox"/> Check-in _____ <input type="checkbox"/> Check-out _____ รวม _____ คืน	
3	ระบุนการเดินทาง ระหว่างกรุงเทพฯ – โรงแรมทวาราวดี (สถานที่จัดประชุม): <input type="checkbox"/> เดินทางไปเอง <input type="checkbox"/> เดินทางไปกับรถที่ สลท. จัดเตรียมให้ ▪ เทียวไป รถออกวันที่ 5 ตุลาคม 2560 เวลา 06.45 น. ระบุสถานที่ขึ้นรถ <input type="checkbox"/> รพ. ศิริราช <input type="checkbox"/> วพม. ▪ เทียวกลับ วันที่ 6 ตุลาคม 2560 เวลา 13.30 น. <input type="checkbox"/> กลับ รพ. ศิริราช <input type="checkbox"/> กลับ วพม. <input type="checkbox"/> ไปทัศนศึกษา	
รวมจำนวนเงินที่ต้องชำระ (_____ บาท)		บาท

การชำระเงิน

<input type="checkbox"/> ชำระเป็นเช็คสั่งจ่ายในนาม “สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” เช็คนาการ _____ เลขที่ _____ ลงวันที่ _____ จำนวนเงิน _____ <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขารามาริบัติ บัญชี “สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” เลขที่บัญชี 026-4-13189-7 โปรดแนบสำเนาใบนำฝากเงินมาพร้อมใบลงทะเบียนนี้	โปรดระบุชื่อ-ที่อยู่ที่ต้องการให้ปรากฏบนใบเสร็จรับเงิน: _____ _____ _____
--	--

ลงชื่อผู้ลงทะเบียน _____ วันที่ _____

เงื่อนไขการยกเลิก: 1) ยกเลิกภายในวันที่ 10 กันยายน 2560 ต้องมีหนังสือแจ้งเป็นทางการ และสมาคมฯ จะคืนเงินให้หลังงานประชุมโดยหัก 25%
 2) ยกเลิกหลังวันที่ 10 กันยายน 2560 จะไม่มีการคืนเงิน

โปรดส่งใบลงทะเบียนได้ที่

สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310
 หรือทางโทรสาร 02 716-5978 หรือทางอีเมล joi@tsh.or.th สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ โทรศัพท์ 02 716-5977