



17th TLSG Educational Course (TLSG 2024)

7-8 กันยายน 2567 โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์

ใบลงทะเบียน

นพ. พญ. นาย นาง นางสาว: _____

ชื่อ-นามสกุลภาษาอังกฤษ: _____

สถาบัน: _____ ตำแหน่ง: _____

ที่อยู่ติดต่อ: _____

รหัสไปรษณีย์: _____

อีเมล: _____ โทร: _____ แฟกซ์: _____

ค่าลงทะเบียน:

ประเภทผู้ลงทะเบียน	ค่าลงทะเบียน
<input type="checkbox"/> แพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	2,500 บาท
<input type="checkbox"/> แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด	1,800 บาท
<input type="checkbox"/> พยาบาล/นักเทคนิคการแพทย์	1,800 บาท
จำนวนค่าลงทะเบียนที่ชำระ	

การชำระเงิน:

<input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาสาขากาชาดไทย ชื่อบัญชี "ชมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองแห่งประเทศไทย สลท." เลขที่บัญชี 045-299182-3 (กรุณาแนบใบโอนเงินมาพร้อมใบลงทะเบียน)	มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนามและที่อยู่ต่อไปนี้ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> เช็คธนาคาร _____ เลขที่: _____ ลงวันที่: _____ ส่งจ่ายในนาม "ชมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองแห่งประเทศไทย สลท."	

การยกเลิกลงทะเบียน: 1. การยกเลิกลงทะเบียนภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2567 ชมรมฯ จะคืนค่าลงทะเบียนให้หลังงานประชุมโดยหักค่าธรรมเนียมร้อยละ 25 ของค่าลงทะเบียน ทั้งนี้ต้องมีหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรมายังชมรมฯ

2. การยกเลิกหลังวันที่ 15 สิงหาคม 2567 จะไม่ได้รับเงินค่าลงทะเบียนคืน

ลงชื่อผู้สมัคร _____ วันที่ _____