



18th TLSG Educational Course (TLSG 2025)

13-14 กันยายน 2568 โรงแรมกรุงศรีริเวอร์ จ.พระนครศรีอยุธยา

ใบลงทะเบียน

☐ นพ. ☐ พญ. ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว: _____

ชื่อ-นามสกุลภาษาอังกฤษ: _____

สถาบัน: _____ ตำแหน่ง: _____

ที่อยู่ติดต่อ: _____

_____ รหัสไปรษณีย์: _____

อีเมล: _____ โทร: _____ แฟกซ์: _____

ค่าลงทะเบียน:

ประเภทผู้ลงทะเบียน	ค่าลงทะเบียน
☐ แพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	☐ 2,500 บาท
☐ แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด	☐ 1,800 บาท
☐ พยาบาล/นักเทคนิคการแพทย์	☐ 1,800 บาท
การเดินทาง และ ที่พัก	ราคา
การเดินทาง: ☐ เดินทางไปเอง ☐ ขึ้นรถตู้บริการของชมรมฯ รถออกวันที่ 13 กันยายน 2568 เวลา 07.00 น. โปรดเลือกสถานที่ขึ้นรถ: ☐ รพ.ศิริราช ☐ รพ.จุฬา ☐ วพม.	-
ห้องพักโรงแรมกรุงศรีริเวอร์: ☐ ต้องการห้องพัก ☐ ไม่ต้องการห้องพัก	
☐ ห้องพักเดี่ยว Check-in _____ Check-out _____	1,500 บาท x _____ คืน = _____ บาท
☐ ห้องพัสดุ Check-in _____ Check-out _____	1,600 บาท x _____ คืน = _____ บาท
รวมเงินที่ชำระทั้งสิ้น	บาท

การชำระเงิน:

☐ โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาภาษาไทย ชื่อบัญชี "ชมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองแห่งประเทศไทย สลท." เลขที่บัญชี 045-299182-3 (กรุณาแนบใบโอนเงินมาพร้อมใบลงทะเบียน)	มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนามและที่อยู่ต่อไปนี้ _____ _____ _____
☐ เช็คธนาคาร _____ เลขที่: _____ ลงวันที่: _____ ส่งจ่ายในนาม "ชมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองแห่งประเทศไทย สลท."	_____ _____ _____

- การยกเลิกลงทะเบียน:** 1. การยกเลิกลงทะเบียนภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2568 ชมรมฯ จะคืนค่าลงทะเบียนให้หลังงานประชุมโดยหักค่าธรรมเนียมร้อยละ 25 ของค่าลงทะเบียน ทั้งนี้ต้องมีหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรมายังชมรมฯ
2. การยกเลิกหลังวันที่ 15 สิงหาคม 2568 จะไม่ได้รับเงินค่าลงทะเบียนคืน

ลงชื่อผู้สมัคร _____ วันที่ _____

กรุณาส่งใบลงทะเบียนที่: ชมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย
ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310
โทรศัพท์ 02 716-5977 โทรสาร 02 716-5978 อีเมล joi@tsh.or.th