



19th TLSG Educational Course (TLSG 2026)

วันที่ 19-20 กันยายน 2569 โรงแรมคาร์ลตัน กรุงเทพฯ ถนนสุขุมวิท

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
จำนวนค่าลงทะเบียนที่ชำระ	

การชำระเงิน:

☐ โอนเงินเข้าบัญชี "สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย" ธนาคารอาคารสงเคราะห์ จำกัด สาขาเพชรบุรีตัดใหม่ เลขที่บัญชี 020-91-000315-2 (กรุณานำใบโอนเงินมาพร้อมใบลงทะเบียน)	มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนามและที่อยู่ต่อไปนี้ _____ _____ _____ _____
☐ เช็คธนาคาร _____	
เลขที่: _____ ลงวันที่: _____	
ส่งจ่ายในนาม "สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย"	

- การยกเลิกลงทะเบียน:**
- การยกเลิกลงทะเบียนภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2569 ขมรมฯ จะคืนค่าลงทะเบียนให้หลังงานประชุมโดยหักค่าธรรมเนียมร้อยละ 25 ของค่าลงทะเบียน ทั้งนี้ต้องมีหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรมายังขมรมฯ
 - การยกเลิกหลังวันที่ 15 สิงหาคม 2569 จะไม่ได้รับเงินค่าลงทะเบียนคืน

ลงชื่อผู้สมัคร _____ วันที่ _____

กรุณาส่งใบลงทะเบียนที่: ขมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง 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