



ใบแสดงความจำนงขอสนับสนุนกิจกรรมวิชาการ

One Day Acute Leukemia Course 2025

วันศุกร์ที่ 1 สิงหาคม 2568

ห้องประชุม 1209 ชั้น 12 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

บริษัท/ผลิตภัณฑ์ (โปรดระบุกรณีที่จอง Symposium)

ที่อยู่

โทร แฟกซ์

มือถือ อีเมล

ขอแสดงความจำนงในการจอง : (โปรดใช้เครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่ต้องการ)

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
☐ 1	สนับสนุนการจัด Luncheon Symposium ค่าธรรมเนียม 150,000 บาท (รวมค่าอาหารกลางวัน และบุฟเฟ่ต์ 1 บุธ)	
☐ 2	สนับสนุนบูธนิทรรศการ ขนาด 2x2 เมตร ค่าธรรมเนียมบูธละ 50,000 บาท จำนวน บูธ	
☐ 3	อื่น ๆ (ระบุ)	
รวมเป็นเงิน ()		

เงื่อนไขการชำระเงิน : โปรดชำระเงินภายในวันที่ **15 กรกฎาคม 2568** โดยชำระเป็นเช็คสั่งจ่ายในนาม

“สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” หรือ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาโรงพยาบาลรามารัตน์

ชื่อบัญชี “สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” เลขที่บัญชี 026-4-13189-7

ลงชื่อ วันที่

()

โปรดส่งใบแสดงความจำนงไปที่: สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย

ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 02 716-5977 แฟกซ์ 02 716-5978 อีเมล joi@tsh.or.th

สำหรับ เจ้าหน้าที่	การชำระเงิน	เช็คธนาคาร	เลขที่เช็ค	ลงวันที่	ใบเสร็จรับเงิน
	☐ เงินโอน ☐ เช็ค				