



19th TLSG Educational Course (TLSG 2026)

19-20 กันยายน 2569 โรงแรมคาร์ลตัน กรุงเทพฯ ถนนสุขุมวิท

แบบแสดงความจำนงเข้าร่วม/สนับสนุนกิจกรรม

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
บริษัท/ผลิตภัณฑ์ (โปรดระบุกรณีที่จะ Symposium)
ที่อยู่
โทร แฟกซ์
มือถือ อีเมล

ขอแสดงความจำนงในการจอง : (โปรดใช้เครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่ต้องการ)

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
☐ 1	บูธแสดงสินค้า วันที่ 19-20 กันยายน 2569 ราคาบูธละ 30,000 บาท จำนวน ____ บูธ	
☐ 2	Luncheon Symposium (45 minutes) วันเสาร์ที่ 19 กันยายน 2569 ค่าธรรมเนียม 300,000 บาท (ไม่รวมค่าอาหารกลางวัน) ☐ LS1: 11.45-12.30 น. ☐ LS2: 12.30-13.15 น. (ยื่นความจำนงภายใน 30 มิถุนายน 2569)	
☐ 3	Dinner Symposium (45 minutes) วันเสาร์ที่ 19 กันยายน 2569 ค่าธรรมเนียม 250,000 บาท (ไม่รวมค่าอาหารเย็น) (ยื่นความจำนงภายใน 30 มิถุนายน 2568)	
☐ 4	Luncheon Symposium (45 minutes) วันอาทิตย์ 20 กันยายน 2569 ค่าธรรมเนียม 300,000 บาท (ไม่รวมค่าอาหารกลางวัน) ☐ LS3: 11.00-11.45 น. ☐ LS4: 11.45-12.30 น. (ยื่นความจำนงภายใน 30 มิถุนายน 2568)	
☐ 5	อื่นๆ (ระบุ)	
รวมเป็นเงิน ()		

เงื่อนไขการชำระเงิน : โปรดชำระเงินภายในวันที่ **10 สิงหาคม 2569** โดยชำระเป็นเช็คสั่งจ่ายในนาม

“สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” หรือ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอาคารสงเคราะห์ จำกัด

สาขาเพชรบุรีตัดใหม่ ชื่อบัญชี “สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” เลขที่บัญชี 020-91-000315-2

ลงชื่อ วันที่
()

โปรดส่งใบแสดงความจำนงไปที่ ชมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองแห่งประเทศไทย c/o สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย

ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 02 716-5977 โทรสาร 02 716-5978 อีเมล join@tsh.or.th

สำหรับ เจ้าหน้าที่	การชำระเงิน	เช็คธนาคาร	เลขที่เช็ค	ลงวันที่	ใบเสร็จรับเงิน
	☐ เงินโอน ☐ เช็ค				