



# 17<sup>th</sup> TLSG Educational Course (TLSG 2024)

7-8 กันยายน 2567 โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์

## แบบแสดงความจำนงเข้าร่วม/สนับสนุนกิจกรรม

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

บริษัท/ผลิตภัณฑ์ (โปรดระบุกรณีของ Symposium).....

ที่อยู่ .....

โทร ..... แฟกซ์ .....

มือถือ ..... อีเมล .....

ขอแสดงความจำนงในการจอง : (โปรดใช้เครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่ต้องการ)

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
<input type="checkbox"/> 1	บูธแสดงสินค้า วันที่ 7-8 กันยายน 2567 ราคาบูธละ 40,000 บาท จำนวน ____ บูธ	
<input type="checkbox"/> 2	Luncheon Symposium (ยื่นความจำนงภายใน 30 มิถุนายน 2567) <input type="checkbox"/> วันเสาร์ที่ 7 กันยายน 2567 ค่าธรรมเนียม 300,000 บาท (ไม่รวมค่าอาหาร) <input type="checkbox"/> LS1: 12.00-12.45 <input type="checkbox"/> LS2: 12.45-13.30 <input type="checkbox"/> วันอาทิตย์ที่ 8 กันยายน 2567 ค่าธรรมเนียม 300,000 บาท (ไม่รวมค่าอาหาร) <input type="checkbox"/> LS3: 12.00-12.45 <input type="checkbox"/> LS4: 12.45-13.30	
<input type="checkbox"/> 3	Dinner Symposium (ยื่นความจำนงภายใน 30 มิถุนายน 2567) วันเสาร์ที่ 7 กันยายน 2567 ค่าธรรมเนียม 200,000 บาท (ไม่รวมค่าอาหาร)	
<input type="checkbox"/> 4	สายคล้องป้ายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม 30,000 บาท (ไม่รวมค่าผลิต)	
<input type="checkbox"/> 5	อื่นๆ (ระบุ)	
รวมเป็นเงิน ( )		

**เงื่อนไขการชำระเงิน :** โปรดชำระเงินภายในวันที่ **15 สิงหาคม 2567** โดยชำระเป็นเช็คสั่งจ่ายในนาม

“ชมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองแห่งประเทศไทย สทท.” หรือ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาสภาภาษาไทย  
ชื่อบัญชี “ชมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองแห่งประเทศไทย สทท.” เลขที่บัญชี 045-299182-3

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 joi@tsh.or.th

สำหรับ เจ้าหน้าที่	การชำระเงิน	เช็คธนาคาร	เลขที่เช็ค	ลงวันที่	ใบเสร็จรับเงิน
	<input type="checkbox"/> เงินโอน <input type="checkbox"/> เช็ค				