4th TSH International Symposium "Palliative Care: Wisdom of the East"

การประชุมวิชาการประจำปีสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 46

วันที่ 2-5 พฤษภาคม 2558 ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ

ใบลงทะเบียน

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

ชื่อ-นามสกุลภาษาอังกฤษ: _____

สถาบัน: _____ ตำแหน่ง: _____

ที่อยู่ติดต่อ: _____

_____ รหัสไปรษณีย์: _____

อีเมล: _____ โทร: _____ แฟกซ์: _____

ค่าลงทะเบียน:

ประเภทผู้ลงทะเบียน	งาน TSH-IS 2015 และงานประชุมประจำปี ครั้งที่ 46 วันที่ 2-5 พฤษภาคม 58	เฉพาะงาน TSH-IS 2015 (Palliative Care) วันที่ 2-3 พฤษภาคม 58
☐ แพทย์ หรือบุคคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่สมาชิก สลท.	☐ 4,000 บาท	☐ 1,000 บาท (ทุกประเภทผู้ลงทะเบียน)
☐ สมาชิกสามัญ	☐ 3,000 บาท	
☐ สมาชิกวิสามัญ หรือ Resident/Fellow in Training	☐ 2,000 บาท	
☐ สมาชิกที่เกษียณอายุราชการแล้ว โปรดระบุปีเกิด_____	☐ ยกเว้นค่าลงทะเบียน	

ร่วมเสนอผลงานทางวิชาการในงานประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 46: ☐ ส่งบทคัดย่อเพื่อเสนอผลงาน ☐ ไม่ส่ง

กำหนดส่งบทคัดย่อภายในวันที่ 10 มีนาคม 2558 ที่อีเมล <joi@tsh.or.th>

โปรดระบุชื่อเรื่อง _____

_____

การชำระเงิน:

☐ โอนเงินเข้าบัญชี สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี เลขที่บัญชี 026-4-13189-7 (กรุณาแนบใบโอนเงินมาพร้อมใบลงทะเบียน)	มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนามและที่อยู่ต่อไปนี้ _____
☐ เช็คธนาคาร_____เลขที่:_____ ลงวันที่:_____	

การยกเลิกลงทะเบียน: 1. การยกเลิกลงทะเบียนภายในวันที่ 1 เมษายน 2558 สมาคมฯ จะคืนค่าลงทะเบียนให้หลังงานประชุมโดยหักค่าธรรมเนียมร้อยละ 25 ของค่าลงทะเบียน ทั้งนี้จะต้องมีหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรมายังสมาคมฯ

2. การยกเลิกหลังวันที่ 1 เมษายน 2558 จะไม่ได้รับเงินค่าลงทะเบียนคืน

ลงชื่อผู้สมัคร_____ วันที่ _____

กรุณาส่งใบสมัครที่ : สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพมหานคร 10310 โทร: 02716-5977 แฟกซ์: 02716-5978 อีเมล: joi@tsh.or.th

เฉพาะเจ้าหน้าที่	ผู้รับลงทะเบียน:	วันที่:	Reg. No.: