

ผู้สนับสนุน ผู้ประสานงาน :

โทรศัพท์ : E-mail :

ออกใบเสร็จในนาม

ที่อยู่ใบเสร็จ

รายละเอียดผู้ลงทะเบียน

นายแพทย์ แพทย์หญิง นาย นาง นางสาว

.....(ภาษาไทย)

..... (ภาษาอังกฤษ “ตัวพิมพ์ใหญ่”)

สถาบัน

ที่อยู่ ที่บ้าน ที่ทำงาน

โทรศัพท์ โทรสาร E-mail:

รายละเอียดการลงทะเบียน

ประเภท	อัตราค่าลงทะเบียน
สมาชิกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย	<input type="checkbox"/> 1,000 บาท
ไม่ใช่สมาชิก (ราคานี้รวมค่าสมัครเป็นสมาชิกของสมาคมด้วย)	<input type="checkbox"/> 1,500 บาท
ค่าลงทะเบียนรวม (1) เอกสารการประชุม (2) สิทธิ์เข้าร่วมประชุมในวันที่ 9 ตุลาคม 2556 (3) อาหารว่าง และอาหารกลางวัน	

การชำระค่าลงทะเบียน

- เช็คสั่งจ่ายในนาม “Thai Palliative Care Society”
เช็คธนาคาร..... สาขา
- เลขที่..... ลงวันที่
- กรุณาแนบเช็คมาพร้อมกับใบสมัครส่งไปรษณีย์ลงทะเบียนมาที่สำนักงานเลขานุการการประชุมฯ (ตามที่อยู่ด้านล่าง)
- โอนเงินเข้าบัญชี “Thai Palliative Care Society”
เลขที่บัญชี 167-267964-7 ธนาคาร ไทยพาณิชย์ บัญชี ออมทรัพย์ สาขา นิคมอุตสาหกรรมลาดกระบัง
กรณีโอนเงินกรุณา Fax ใบสมัครพร้อมสลิปโอนเงินโดยเขียนชื่อผู้ลงทะเบียนกำกับลงในสลิปส่งมาที่แฟกซ์ 043-366-598
หรือ Scan file แล้วส่งมาที่ e-mail: thapsocie@gmail.com
“ท่านสามารถสำเนาเอกสารจากแผ่นนี้ได้”

ลงชื่อผู้ลงทะเบียน วันที่ / /

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ เจ้าหน้าที่สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

คุณ ดวงสุดา แสงสุดา โทร 080-3518682 แฟกซ์ 043-366-598