

19-21 กุมภาพันธ์ 2563 ณ โรงแรม เดอะ สุโกศล (สยามซีตี้เดิม) กรุงเทพมหานคร

คำนำหน้า  นพ.  พญ.  ภก.  ภญ.  นาง  น.ส.  นาย  
 ชื่อ


นามสกุล


โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....

E-mail address .....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....

อกใบเสร็จค่าลงทะเบียนในนาม.....

เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

**อัตราค่าลงทะเบียน**

ค่าลงทะเบียน	ชำระภายใน	ชำระหลัง	หลัง
	17 ม.ค. 63	17 ม.ค. 63	7 ก.พ. 63
Intern#, Pediatric Resident# (ต้องมีจดหมายรับรอง)	3,600	4,100	ลงทะเบียน หน้างาน 4,500
สมาชิก สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กฯ	3,800	4,300	
แพทย์ใช้ทุน, แพทย์ทั่วไป, พยาบาล	4,000	4,500	
สมาชิก สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กฯ อายุ 70 ปีขึ้นไป ***	ลงทะเบียนฟรี	4,300	

**หมายเหตุ :** \*\*\* สมาชิกสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กฯ อายุ 70 ปี ขึ้นไป ส่งเอกสารการลงทะเบียน พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนส่งมายังสมาคมฯ ก่อนวันที่ 17 ม.ค. 63 (ฟรีเฉพาะค่าลงทะเบียน) และต้องมารับเอกสารการประชุมด้วยตนเองที่วันงาน

- NO REFUND, NO TRANSFER

- กรุณาแสดง บัตรประจำตัว หรือ จดหมายตอบรับ เพื่อรับเอกสารลงทะเบียน

- **กรณียกเลิกการลงทะเบียน ขออนุญาตไม่คืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี**

