ใบสมัครลงทะเบียน

การประชุมใหญ่ประจำปี 2560 ครั้งที่ 21
สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย

5-7 พฤษภาคม 2560 Royal Cliff Hotels Group (ศูนย์ประชุมพีช)

คำนำหน้า ◯ นพ. ◯ พญ. ◯ นาง ◯ น.ส. ◯ นาย

ชื่อ

นามสกุล

สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทร.....มือถือ.....

โทรสาร.....E-mail address.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ประเภทอาหาร ◯ไทย ◯ มังสวิรัติ/เจ ◯ อิสลาม/กินเนื้อวัวได้

ที่อยู่ (สำหรับออกใบสำคัญรับเงิน) ☐ ตามที่อยู่ที่ติดต่อได้

.....

.....

อัตราค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน	ภายใน 31 มี.ค. 60	หลัง 31 มี.ค. 60	หลัง 12 เม.ย. 60
Intern#, Pediatric Resident# (ต้องมีจดหมายรับรอง)	4,300	4,800	ลงทะเบียนหน้างาน 5,500
สมาชิก สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กฯ	4,500	5,000	
แพทย์ใช้ทุน, แพทย์ทั่วไป, พยาบาล	5,000	5,500	
สมาชิก สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กฯ อายุ 70 ปีขึ้นไป ***	ลงทะเบียนฟรี	5,000	

หมายเหตุ: *** สมาชิกสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กฯ อายุ 70 ปี ขึ้นไป ส่งเอกสารการลงทะเบียน พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนส่งมายังสมาคมฯ ก่อนวันที่ 31 มี.ค.60 (ฟรีเฉพาะค่าลงทะเบียน) และต้องมารับเอกสารการประชุมด้วยตนเองที่วันงาน

- ผู้ติดตาม ผู้ใหญ่ / เด็ก สามารถซื้อคูปองที่ห้องอาหารโรงแรม
- ผู้เข้าร่วมประชุม รวมอาหารกลางวัน 2 มื้อ อาหารเย็น 1 มื้อ อาหารว่าง 3 มื้อ
- NO REFUND, NO TRANSFER
- กรุณาแสดง **บัตรประจำตัว** หรือ **จดหมายตอบรับ** เพื่อรับเอกสารลงทะเบียน
- กรณียกเลิกการลงทะเบียน จะต้องส่งหนังสือขอยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรมายังสมาคมฯ โดยจะได้รับ ค่าลงทะเบียนคืนภายหลังเสร็จสิ้นงานประชุมแล้วในอัตราดังนี้

ภายใน	31 มี.ค.60	คืนร้อยละ 50 ของค่าลงทะเบียน
หลังวันที่	31 มี.ค.60	ไม่คืนค่าลงทะเบียน