

ใบสมัครลงทะเบียน

“Asthma and COPD for Healthcare Workers 2024”

วันที่ 11-12 กรกฎาคม 2567 เวลา 08.00 – 16.30 น.

ณ ห้องอูปีเตอร์ ชั้น 3 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น

นพ. พญ. ภก. ภญ. นาย นาง นางสาว

ชื่อ /นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

ที่ทำงาน/โรงพยาบาล.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มือถือ.....E-mail.....

อาหารธรรมดา อาหารอิสลาม อาหารมังสวิรัต

ลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน (ก่อนวันที่ 8 กรกฎาคม 2567)

ลงทะเบียน ท่านละ 1,500 บาท

ลงทะเบียนร่วม Workshop ท่านละ 1,800 บาท

ค่าลงทะเบียน (หลังวันที่ 8 กรกฎาคม 2567)

ลงทะเบียน ท่านละ 1,800 บาท

ลงทะเบียนร่วม Workshop ท่านละ 2,100 บาท

การชำระเงินค่าลงทะเบียน

โดยโอนเงินเข้าบัญชี

ธนาคารกรุงเทพ

ชื่อบัญชี “มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย” ประเภท บัญชีเงินฝากสะสมทรัพย์

เลขที่บัญชี 127-4-69872-7

พร้อม ส่งใบสมัครและสำเนาการโอนเงินมาที่

E-mail : asthma2019@hotmail.com หรือ ไลน์ 089-6284967

ต้องการออกใบเสร็จในนาม.....

ที่อยู่.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(โปรดเขียนตัวบรรจงหรือพิมพ์)

วันที่.....

