



## แบบฟอร์มลงทะเบียน

### งานอบรมวิชาการ “Intensive Nephrology Board Review 2023”

ข้าพเจ้า ( นพ./ พญ ).....หน่วยงาน/สถาบัน .....

อายุรแพทย์โรคไต       กุมารแพทย์โรคไต       อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

เลขประกอบวิชาชีพ แพทย์ ..... **\*\*เลขบัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก)** .....

เบอร์โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้ ..... Email: .....

### **โปรดระบุรูปแบบที่ต้องการลงทะเบียน**

➤ **อัตราค่าลงทะเบียนแบบ รายครั้ง (onsite)**

- |   |                |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> ค่าลงทะเบียน วันที่ 7 - 8 ตุลาคม 2566      | ราคา 8,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่าลงทะเบียน วันที่ 11 - 12 พฤศจิกายน 2566 | ราคา 8,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่าลงทะเบียน วันที่ 16 - 17 ธันวาคม 2566   | ราคา 8,000 บาท |

➤ **อัตราค่าลงทะเบียนแบบเหมารวม (onsite)**

- |  |                 |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> ค่าลงทะเบียนเหมารวม 3 ครั้ง (6 วัน) | ราคา 20,000 บาท |
|--|-----------------|

➤ **อัตราค่าลงทะเบียนแบบดูย้อนหลัง (re-run)**

- |  |                 |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> ค่าลงทะเบียนแบบดูย้อนหลัง | ราคา 12,000 บาท |
|--|-----------------|

➤ **โปรดแจ้งรายละเอียดเพื่อออกใบเสร็จ**

---

---

➤ **โปรดระบุชื่อ ผู้รับใบเสร็จ และที่อยู่ในการส่งใบเสร็จกลับ**  ที่อยู่เดียวกับข้อความข้างบน

---

---

➤ **แสดงเพื่อชำระเงิน**



สแกน QR เพื่อโอนเงิน  
ชื่อ: น.ส. สุดาวพร ฤทธิโรจน์

- ส่งแบบฟอร์มนี้ พร้อมสลิปการโอนเงิน มาที่ Email: [nst@nephromail.com](mailto:nst@nephromail.com)
- ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อ คุณสุดาวพร ฤทธิโรจน์ เบอร์ 02-716-6091
- \*\*\* ลงทะเบียนทุกประเภทจะได้รับลิงค์เพื่อดู VDO ย้อนหลัง\*\*\*