



แบบฟอร์มลงทะเบียน

งาน Dialysis Weekend 2024

“Empowering Dialysis Care for Greater Outcomes”

วันที่ 1 - 3 มีนาคม พ.ศ. 2567 ณ โรงแรม The Zign พัทยา

- 
- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> 1. อายุรแพทย์โรคไตอยู่ในระหว่างการฝึกอบรม | <input type="radio"/> 2. อายุรแพทย์โรคไต                        |
| <input type="radio"/> 3. กุมารแพทย์โรคไต                        | <input type="radio"/> 4. อายุรแพทย์ทั่วไปผู้ปฏิบัติงานด้านโรคไต |
| <input type="radio"/> 6. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านไตเทียม          | <input type="radio"/> 7. พยาบาลทั่วไป                           |
| <input type="radio"/> 8. นักกำหนดอาหาร                          | <input type="radio"/> 9. อื่นๆ โปรดระบุ .....                   |
- 

➤ **ข้อมูลผู้ที่ต้องการเข้าร่วมประชุม**

ชื่อ - นามสกุล (ผู้เข้าร่วมประชุม) .....

เลขที่บัตรประชาชน (เพื่อใช้ในการออกใบเสร็จ).....

หน่วยงาน /โรงพยาบาล .....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail .....

➤ **ที่อยู่เพื่อออกใบเสร็จ และ การจัดส่งใบเสร็จกลับ**

ชื่อ/ หน่วยงาน / บริษัท .....

รายละเอียดที่อยู่ในการออกใบเสร็จ .....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

**อัตราค่าลงทะเบียน / ปิดรับลงทะเบียน วันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567**

- |  |                   |
|--|-------------------|
| <input type="radio"/> สมาชิกสมาคมโรคไตฯ และสมาชิกสมาคมพยาบาลโรคไตฯ               | ราคา 4,000.00 บาท |
| <input type="radio"/> ไม่ใช่สมาชิกสมาคมโรคไตฯ และไม่ใช่สมาชิกสมาคมพยาบาลโรคไตฯ   | ราคา 4,500.00 บาท |
| <input type="radio"/> Late registration ( <u>หลังวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567</u> ) | ราคา 5,000.00 บาท |
- 

**กรุณาทำเช็คส่งจ่ายในนาม “สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย” หรือโอนเงินเข้าบัญชี**

**ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเพชรบุรีตัดใหม่ เลขที่บัญชี 043-2-52079-9**

**และส่งหลักฐานการโอนเงิน หรือการนำเช็คเข้าธนาคารกลับมาที่ [admin@nephrothai.page](mailto:admin@nephrothai.page)**