



แบบฟอร์มการลงทะเบียน งานประชุมวิชาการ CKD Weekend 2024

ระหว่างวันที่ 17 - 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ณ ห้อง Grand CHambray Ballroom ชั้น 7 โรงแรม อวานี สุขุมวิท กรุงเทพฯ

- นักศึกษาแพทย์ / แพทย์ประจำบ้าน       Fellow สาขาไต       อายุรแพทย์โรคไต
- อายุรแพทย์ทั่วไป       พยาบาล       เภสัชกร       อื่นๆ.....
- ชื่อ .....นามสกุล .....
- โรงพยาบาล / หน่วยงาน .....
- เลขที่บัตรประชาชน .....เลขที่ประกอบวิชาชีพ แพทย์ / พยาบาล .....
- เบอร์มือถือ ..... E-mail (เขียนให้ชัดเจน) .....

**อัตราค่าลงทะเบียนรูปแบบ onsite + rerun**

- สมาชิกสมาคมโรคไตฯ และสมาชิกสมาคมพยาบาลโรคไตฯ      3,500 บาท
- ไม่ใช่สมาชิกสมาคมโรคไตฯ และไม่ใช่สมาชิกสมาคมพยาบาลโรคไตฯ      4,000 บาท
- Late registration (หลังวันที่ 1 พฤษภาคม 2567)      4,500 บาท

**อัตราค่าลงทะเบียน**

- ลงทะเบียนแบบดูย้อนหลังอย่างเดียว (Re-Run)      3,000 บาท

(หมายเหตุ: ผู้ที่ลงทะเบียนแบบ VDO ย้อนหลัง สมาคมโรคไตฯ ขอแจ้งให้ทราบว่า บางหัวข้ออาจไม่ได้รับการอนุญาตจากวิทยากรให้เผยแพร่)

- โปรตระบุงชื่อ และที่อยู่ในการออกใบเสร็จ (ผู้ที่ลงทะเบียนแบบ onsite โปรดติดต่อบริษัทรับใบเสร็จที่งานประชุมฯ)

.....

.....

.....

- วิธีชำระเงิน

โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่ 043-2-52079-9 ชื่อบัญชี “สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย”

- ส่งแบบฟอร์มนี้ พร้อมสลิปการโอนเงิน มาที่ Email: [admin@nephrothai.page](mailto:admin@nephrothai.page)
- ผู้ที่ลงทะเบียน จะสามารถเริ่มดู VDO ย้อนหลัง (Re-Run) ได้ตั้งแต่วันที่ 10 มิถุนายน – 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เป็นระยะเวลา 1 เดือน

ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อ คุณนันธิกา ตาทอง /คุณสุดาพร ฤทธิโรจน์

เบอร์ 02-716-6091 / 02-716-7450 หรือ [admin@nephrothai.page](mailto:admin@nephrothai.page)