



แบบฟอร์มลงทะเบียน

งานอบรมวิชาการ “Intensive Nephrology Board Review 2024”

ข้าพเจ้า (นพ./ พญ.)หน่วยงาน/สถาบัน

อายุรแพทย์โรคไต กุมารแพทย์โรคไต อื่นๆ (โปรดระบุ)

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

เบอร์โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้ Email:

โปรดระบุวันที่ต้องการลงทะเบียน (ไม่มี Re-run)

➤ **อัตราค่าลงทะเบียนแบบ รายครั้ง**

- | | |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> ค่าลงทะเบียน วันที่ 5 – 6 ตุลาคม 2567 | ราคา 8,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่าลงทะเบียน วันที่ 2 - 3 พฤศจิกายน 2567 | ราคา 8,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่าลงทะเบียน วันที่ 14 - 15 ธันวาคม 2567 | ราคา 8,000 บาท |

➤ **อัตราค่าลงทะเบียนแบบเหมารวม**

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

➤ **โปรดแจ้ง ชื่อ - ที่อยู่ และเลขผู้เสียภาษี เพื่อออกใบเสร็จ**

.....
.....

➤ **โปรดระบุชื่อ - นามสกุล ผู้ที่ต้องการให้ส่งใบเสร็จกลับ และที่อยู่ในการส่งใบเสร็จกลับ ที่อยู่เดียวกับข้อความข้างบน**

.....
.....

➤ **วิธีการชำระเงิน**

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

- ส่งแบบฟอร์มนี้ พร้อมสลิปการโอนเงิน มาที่ Email: nst.staff2022@gmail.com
- ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อ คุณสุดาพร ฤทธิโรจน์ เบอร์ 02-716-6091