



แบบฟอร์มการลงทะเบียน งานประชุมวิชาการ Nephrology Review for Internists

“Comprehensive Review of Nephrology 2024”

ระหว่างวันที่ 23 - 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ณ ห้อง Eternity Daylight Ballroom โรงแรม พูลแมน ดิง เพาเวอร์ กรุงเทพฯ

- นักศึกษาแพทย์ /Fellow 1 - 2 อายุรแพทย์โรคไต อายุรแพทย์ทั่วไป
 พยาบาล เภสัชกร อื่นๆ.....

ชื่อนามสกุล

โรงพยาบาล / หน่วยงาน

เลขที่บัตรประชาชนเลขประกอบวิชาชีพ แพทย์ / พยาบาล

เบอร์มือถือ E-mail (เขียนหรือพิมพ์ให้ชัดเจน)

อัตราค่าลงทะเบียนรูปแบบ onsite + rerun

- สมาชิกสมาคมโรคไตฯ 3,300 บาท
 ไม่ใช่สมาชิกสมาคมโรคไตฯ 3,500 บาท
 นักศึกษาแพทย์, Fellow 1 - 2 2,500 บาท
(นักศึกษาแพทย์กรุณาแนบบัตรประจำตัวมาพร้อมเอกสารนี้)

อัตราค่าลงทะเบียนรูปแบบ rerun (เริ่มดูได้ตั้งแต่วันที่ 1 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567)

- ลงทะเบียน rerun 2,800 บาท
 นักศึกษาแพทย์, Fellow 1 - 2 2,000 บาท
(นักศึกษาแพทย์กรุณาแนบบัตรประจำตัวมาพร้อมเอกสารนี้)

- **กรุณาแจ้ง ชื่อ - ที่อยู่ เพื่อออกใบเสร็จ (ผู้ที่ลงทะเบียนแบบ onsite โปรดรับใบเสร็จที่งานประชุม) กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน พร้อมทั้งเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ต้องการให้ออกใบเสร็จ**

.....
.....
.....

- **โปรดระบุ ชื่อ - นามสกุล ผู้รับใบเสร็จ และที่อยู่ในการส่งใบเสร็จกลับ** ที่อยู่เดียวกับข้อความข้างบน

.....
.....
.....

กรุณาทำเช็คส่งจ่ายในนาม “สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย” หรือโอนเงินเข้าบัญชี

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเพชรบุรีตัดใหม่ เลขที่บัญชี 043-2-52079-9

และส่งหลักฐานการโอนเงิน หรือการนำเช็คเข้าธนาคารกลับมาที่ nst.staff2022@gmail.com

ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อ : คุณสุดาพร ฤทธิโรจน์ เบอร์ติดต่อ: 02-716-6091

