



แบบฟอร์มการลงทะเบียน งานประชุมวิชาการ Nephrology Meeting 2026

“Acute Kidney Injury”

ระหว่างวันที่ 23 – 24 มกราคม พ.ศ. 2569

ณ ห้องราชเทวี 2 ชั้น 3 โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ

- นักศึกษาแพทย์ / แพทย์ประจำบ้าน Fellow สาขาไต อายุรแพทย์โรคไต
 อายุรแพทย์ทั่วไป พยาบาล เภสัชกร อื่นๆ.....

ชื่อนามสกุล

โรงพยาบาล / หน่วยงาน

เลขที่บัตรประชาชนเลขที่ประกอบวิชาชีพ แพทย์ / พยาบาล

เบอร์มือถือ E-mail (เขียนให้ชัดเจน)

อัตราค่าลงทะเบียน (ไม่มี re-run)

- | | |
|--|-----------|
| <input type="radio"/> สมาชิกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย | 1,000 บาท |
| <input type="radio"/> สมาชิกสมาคมพยาบาลโรคไตฯ / บุคลากรทางการแพทย์ทั่วไป | 2,000 บาท |
| <input type="radio"/> แพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคไตฯ (F1-2) | ฟรี |

สำคัญ *** โปรดระบุที่อยู่ในการออกใบเสร็จ พร้อมเลขผู้เสียภาษี บริษัท / หรือตัวบุคคล ให้ชัดเจน**

- ต้องการให้ส่งใบเสร็จทางไปรษณีย์ ต้องการมารับใบเสร็จที่งานประชุม

ชื่อหน่วยงาน หรือ ชื่อที่ต้องการให้ออกใบเสร็จ

ที่อยู่

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

- ***** โปรดระบุชื่อผู้รับใบเสร็จ และที่อยู่ ที่อยู่เดียวกับข้อความด้านบน

ชื่อ - นามสกุลผู้รับใบเสร็จ

ที่อยู่ผู้รับใบเสร็จ

➤ **วิธีการชำระเงิน**

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

- ส่งแบบฟอร์มนี้ พร้อมสลิปการโอนเงิน มาที่ Email: nst.staff2022@gmail.com

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อ: คุณสุดาพร ฤทธิโรจน์ เบอร์ 02-716-6091