



แบบฟอร์มการลงทะเบียน งานประชุมวิชาการ
Comprehensive Kidney Clinico-Pathology Course 2026

ระหว่างวันที่ 31 มกราคม – 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

ณ ห้องกึ่งเพชร ชั้น 3 โรงแรม เอเชีย กรุงเทพฯ

นักศึกษาแพทย์ / แพทย์ประจำบ้าน

อายุรแพทย์โรคไต

อายุรแพทย์ทั่วไป

ชื่อนามสกุล

โรงพยาบาล / หน่วยงาน

เลขที่ประกอบวิชาชีพ แพทย์เบอร์มือถือ

E-mail ขอผู้สมัคร (เขียนให้ชัดเจน)

อัตราค่าลงทะเบียน (ไม่มี re-run)

6,000.00 บาท

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

ต้องการให้ส่งใบเสร็จทางไปรษณีย์

ต้องการมารับใบเสร็จที่งานประชุม

ชื่อหน่วยงาน หรือ ชื่อ ที่ต้องการให้ออกใบเสร็จ _____

ที่อยู่ _____

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี _____

***** โปรดระบุชื่อ ผู้รับใบเสร็จ และที่อยู่ ที่อยู่เดียวกับข้อความด้านบน

ชื่อ - นามสกุล ที่ต้องการให้สมาคมฯ จ่าหน้าซองจดหมาย _____

ที่อยู่ที่ต้องการให้จัดส่งใบเสร็จ _____

➤ **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