

ปิดรับลงทะเบียน 17 ก.พ 69

(รับจำนวนจำกัด)



แบบฟอร์มการลงทะเบียน

ศูนย์รับรองมาตรฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ศ.ร.ต.) แพทยสภา

การอบรม เรื่องแนวทางและเกณฑ์การตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

วันที่ 21 - 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

ห้องราชเทวี แกรนด์บอลรูม ชั้น 3 โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ

โรงพยาบาล / หน่วยงาน

ชื่อ (นพ./พญ./พยาบาล)นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชนเลขที่ประกอบวิชาชีพ แพทย์ / พยาบาล

เบอร์มือถือ Email:

อัตราค่าลงทะเบียน

- | | |
|--|-----------|
| <input type="radio"/> สมาชิกสมาคมโรคไตฯ และสมาชิกสมาคมพยาบาลโรคไตฯ | 4,500 บาท |
| <input type="radio"/> ไม่ใช่สมาชิกสมาคมโรคไตฯ และไม่ใช่สมาชิกสมาคมพยาบาลโรคไตฯ | 5,000 บาท |
| <input type="radio"/> แพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาอายุรศาสตร์โรคไต 1 - 2 | 3,000 บาท |

สำคัญ ***** โปรดระบุที่อยู่ในการออกไปเสร็จ พร้อมเลขผู้เสียภาษี บริษัท / หรือตัวบุคคล_ให้ชัดเจน

ต้องการให้ส่งใบเสร็จทางไปรษณีย์

ต้องการมารับใบเสร็จที่งานประชุม

***** โปรดระบุชื่อผู้รับใบเสร็จ และที่อยู่

ที่อยู่เดียวกับข้อความด้านบน

➤ วิธีชำระเงิน

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

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

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณสุดาพร ฤทธิโรจน์ - เบอร์ 02-716-6091 / 02-716-7450