



แบบฟอร์มการลงทะเบียน งานประชุมวิชาการ CKD Weekend 2026

ระหว่างวันที่ 8 - 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2569

ณ ห้องบุหงา ชั้น 3 โรงแรมโกลเด้น ทิวลิป กรุงเทพฯ

นักศึกษาแพทย์ / แพทย์ประจำบ้าน Fellow สาขาไต อายุรแพทย์โรคไต

อายุรแพทย์ทั่วไป พยาบาล เภสัชกร อื่นๆ.....

ชื่อนามสกุล

โรงพยาบาล / หน่วยงาน

เลขที่บัตรประชาชนเลขที่ประกอบวิชาชีพ แพทย์ / พยาบาล

เบอร์มือถือ E-mail (เขียนให้ชัดเจน)

ต้องการให้ส่งใบเสร็จทางไปรษณีย์

ต้องการมารับใบเสร็จที่งานประชุม

อัตราค่าลงทะเบียนรูปแบบ onsite + rerun

โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องที่ชำระเงิน

- | | | |
|--|------------------|--------------------------|
| ▪ สมาชิกสมาคมโรคไตฯ และสมาชิกสมาคมพยาบาลโรคไตฯ | ราคา 3,500.- บาท | <input type="checkbox"/> |
| ▪ ไม่ใช่สมาชิกสมาคมโรคไตฯ และไม่ใช่สมาชิกสมาคมพยาบาลโรคไตฯ | ราคา 4,000.- บาท | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Late registration (ตั้งแต่วันที่ 1 พ.ค. 69) | ราคา 4,500.- บาท | <input type="checkbox"/> |

อัตราค่าลงทะเบียน

- | | | |
|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| ▪ ลงทะเบียน VDO ย้อนหลัง (Re-Run) | ราคา 3,000.- บาท | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|------------------|--------------------------|

(หมายเหตุ: ผู้ที่ลงทะเบียนแบบ VDO ย้อนหลัง สมาคมโรคไตฯ ขอแจ้งให้ทราบว่า บางหัวข้ออาจไม่ได้รับการอนุญาตจากวิทยากรให้เผยแพร่)

ลงทะเบียนทั้งแบบ onsite และ VDO ย้อนหลัง จะเริ่มดู VDO ย้อนหลัง (Re-Run) ได้ตั้งแต่วันที่ 1 มิ.ย. - 31 ก.ค. 69 รวมเวลา 2 เดือน

➤ ระบุรายละเอียดในการออกใบเสร็จ พร้อมเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

➤ ระบุชื่อ - นามสกุล สำหรับเจ้าหน้าที่จดหมาย เพื่อส่งใบเสร็จกลับ

**** โปรดระบุ ชื่อ - นามสกุล _____

ที่อยู่เดียวกับข้อความด้านบน _____

ชำระเงินโดยโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาชิดลม เลขที่ 043-2-52079-9

ชื่อบัญชี “สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย”

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