



แบบฟอร์มลงทะเบียน

งานอบรมวิชาการ Intensive Nephrology Board Review 2026

วันที่ 10 – 11 ตุลาคม พ.ศ. 2569

ณ ตึกเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ (สก.)

ห้องประชุมมณฑลนาวัน ชั้น 10 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า (นพ./ พญ./อื่น ๆ โปรดระบุ).....หน่วยงาน/สถาบัน

☐ อายุรแพทย์โรคไต ☐ กุมารแพทย์โรคไต ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)

เลขประกอบวิชาชีพ แพทย์ ****เลขบัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก)**

เบอร์โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้ Email:

โปรดระบุวันที่ต้องการลงทะเบียน (ไม่มี Re-run)

➤ อัตราค่าลงทะเบียนแบบ รายครั้ง

- | | |
|---|----------------|
| ☐ ค่าลงทะเบียน วันที่ 10 – 11 ตุลาคม 2569 | ราคา 8,000 บาท |
| ☐ ค่าลงทะเบียน วันที่ 7 – 8 พฤศจิกายน 2569 | ราคา 8,000 บาท |
| ☐ ค่าลงทะเบียน วันที่ 12 – 13 ธันวาคม 2569 | ราคา 8,000 บาท |

➤ อัตราค่าลงทะเบียนแบบเหมารวม

- | | |
|--|-----------------|
| ☐ ค่าลงทะเบียนเหมารวม 3 ครั้ง (6 วัน) | ราคา 20,000 บาท |
|--|-----------------|

➤ โปรดแจ้ง ชื่อ - ที่อยู่ และเลขผู้เสียภาษี เพื่อออกใบเสร็จ

➤ โปรดระบุชื่อ - นามสกุล ผู้ที่ต้องการให้ส่งใบเสร็จกลับ และที่อยู่ในการส่งใบเสร็จกลับ ☐ ที่อยู่เดียวกับข้อความข้างบน

➤ วิธีการชำระเงิน

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

- ส่งแบบฟอร์มนี้ พร้อมสลิปการโอนเงิน มาที่ Email: nst.staff2022@gmail.com
- ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อ คุณสุตาพร ฤทธิ์โรจน์ เบอร์ 02-716-6091