

แบบฟอร์มลงทะเบียน / Registration Form

Quality Improving in CAPD and Hemodialysis by Intervention Nephrology

Empress International Convention Center, CHIANG MAI, THAILAND

December 1 - 3, 2016

โปรดกรอกข้อความด้วยพิมพ์ หรือเขียนเป็นตัวบรรจง อักษรภาษาอังกฤษให้พยัญชนะตัวใหญ่ ส่งไปที่

หน่วยวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 50200 Tel. 053-936452 Fax. 053-895235

I. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน

นพ. พญ. นาย นาง นางสาว

(ไทย) ชื่อ นามสกุล

(อังกฤษ) First name.....Last name.....

เลขที่ประกอบวิชาชีพ

หน่วยงาน, สถาบัน / Institution.....

ที่อยู่ / Mailing Address: Home Office

City: State: Country: Zip:

Tel: Fax: E-mail:

II. ค่าลงทะเบียน / Registration Fees

ประเภท	ค่าลงทะเบียน (บาท) / Registration Fee (US\$)	Total
<input type="checkbox"/> แพทย์	3,000	
<input type="checkbox"/> พยาบาล	2,500	

III. โรงแรม/ Hotel

Hotel	Room Type	Single	Twin
The Empress Chiang Mai	Superior Room	<input type="radio"/> THB 2,000	<input type="radio"/> THB 2,200
	Extra Bed	<input type="radio"/> THB 1,000	<input type="radio"/> THB 1,000

Number of room _____

Check in date _____ Check out date _____ Total night (s) _____

Total Payment: THB _____

IV. การชำระเงิน

เช็คธนาคาร สาขา

เลขที่ ลงวันที่

สั่งจ่ายในนาม หน่วยวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มช.

โอนเงินเข้าบัญชี

ชื่อบัญชี หน่วยวิชาโรคไต เลขที่บัญชี 566-2-50644-2

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา คณะแพทยศาสตร์ มช.

บัญชี ออมทรัพย์

กรณีโอนเงินกรุณา Fax ใบสมัครพร้อมสลิปโอนเงินโดยเขียนชื่อลงทะเบียนกำกับลงในสลิป ส่งมาที่ 053-895235

ลงนามผู้สมัคร วันที่.....

ลงนามบริษัทที่ลงทะเบียนให้ชื่อ (กรณีมีผู้สนับสนุน)