

# ใบสมัครลงทะเบียน

## การประชุมใหญ่ประจำปี 2558 ครั้งที่ 19



1-3 พฤษภาคม 2558 โรงแรมรอยัล คลิฟ โอเทล กรุ๊ป พัทยา จ.ชลบุรี

คำนำหน้า  นพ.  พญ.  นาง  น.ส.  นาย

ชื่อ


นามสกุล


สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ที่อยู่ (สำหรับออกใบสำคัญรับเงิน)  ตามที่อยู่ติดต่อได้

### อัตราค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน	ภายใน 31 มี.ค. 58	หลัง 31 มี.ค. 58	หลัง 17 เม.ษ. 58
Intern #, Pediatric Resident # (ต้องมีจดหมายรับรอง)	4,300	4,500	ลงทะเบียน หน่วยงาน
สมาชิกสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย	4,500	4,700	
แพทย์ใช้ทุน, แพทย์ทั่วไป, พยาบาล	4,700	4,900	
สมาชิก สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กฯ อายุ 60 ปีขึ้นไป **	ลงทะเบียนฟรี	4,700	

หมายเหตุ: \*\* สมาชิกสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กฯ อายุ 60 ปีขึ้นไป ส่งเอกสารการลงทะเบียนพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน ส่งมายังสมาคมฯ ก่อนวันที่ 31 มี.ค. 58 (ฟรีเฉพาะค่าลงทะเบียน) และต้องมารับเอกสารการประชุมด้วยตนเองที่วันงาน

- ต้องมีหนังสือรับรองจากสถาบันที่ทำการฝึกอบรมแนบมาด้วย
- ผู้ติดตาม ผู้ใหญ่ / เด็ก สามารถซื้อคูปองที่ห้องอาหารโรงแรม
- ผู้เข้าร่วมประชุม รวมอาหารกลางวัน 2 มื้อ อาหารเย็น 1 มื้อ อาหารว่าง 3 มื้อ • NO REFUND, NO TRANSFER
- กรุณาแสดง บัตรประจำตัว หรือ จดหมายตอบรับ เพื่อรับเอกสารลงทะเบียน
- กรณียกเลิกการลงทะเบียน จะต้องส่งหนังสือขอยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรมายังสมาคมฯ โดยจะได้รับค่าลงทะเบียนคืนภายหลังเสร็จสิ้นงานประชุมแล้วในอัตราดังนี้ ภายใน 31 มี.ค. 58 คืนร้อยละ 50 ของค่าลงทะเบียน หลังวันที่ 31 มี.ค. 58 ไม่คืนค่าลงทะเบียน

## อัตราค่าห้องพักโรงแรม

รอยัล คลิฟ โฮเต็ล กรุ๊ป ค่าห้องพัก / คืน	คืนละ	เตียงเสริม
Mini Suite	4,000	1,500
Grand Sea View	5,000	
Grand Sea View Plus	5,500	

- ท่านที่ต้องการจองห้องพัก กรุณาโทรติดต่อกับสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กฯ โทร. 0 2644 4135 โดยตรงก่อนโอนเงินค่าจอง
- ในกรณีที่ขอยกเลิกการจองห้องพักต้องแจ้งก่อนวันที่ 7 เมษายน 2558
- หหมดเขตการจองห้องพักวันที่ 7 เมษายน 2558

## ได้ส่งค่าลงทะเบียนและค่าที่พักตั้งรายการต่อไปนี้

		เป็นเงิน
ค่าลงทะเบียน	สมาชิก “สมาคมโรคติดเชื้อในเด็ก”	
	Intern, Resident, Fellow (มีหนังสือรับรอง)	
	แพทย์ใช้ทุน, แพทย์ทั่วไป, พยาบาล	
ที่พัก	<input type="radio"/> 4,000 <input type="radio"/> 5,000 <input type="radio"/> 5,500 <input type="radio"/> 1,500 (เตียงเสริม) จำนวน.....ห้อง.....คืน	
	เตียงเสริม.....เตียง.....คืน	
	เข้าวันที่.....ออกวันที่.....	
	<b>รวมเป็นเงิน</b>	

## ชำระโดย :

- เงินสด
- เช็คธนาคาร.....เลขที่.....  
(เช็คต่างจังหวัดเพิ่มค่าธรรมเนียมอีก 30 บาท)
  - เช็คธนาคาร กรุณาส่งจ่ายในนาม “โรคติดเชื้อในเด็ก”
- โอนเข้าบัญชี ธนาคารทหารไทย สาขาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เลขที่บัญชี 038-2-74865-5 ชื่อบัญชี “โรคติดเชื้อในเด็ก” กรุณาแปะชื่อบุคคลพร้อมหลักฐานการโอนเงินมายังสมาคมฯ 0 2644 4135
- ธนาณัติ เลขที่.....ลงวันที่.....  
นับวันที่ไปรษณีย์ประทับตรา กรณีธนาณัติยังส่งมาไม่ถึงก่อนวันประชุม ผู้ลงทะเบียนจะต้องสำรองเงินสดไปก่อน เมื่อธนาณัติมาถึงสมาคมฯ จะส่งกลับไปให้
  - ธนาณัติ กรุณาส่งจ่ายในนาม นพ.พิริงกูร เกิดพาณิชย์

(ปณ.ราชเทวี 10401) เท่านั้น หากเป็น ปณ. อื่น ต้องจ่ายเพิ่ม 30 บาท

## กรุณาส่งใบสมัครพร้อมค่าลงทะเบียนและค่าที่พักมายัง :

### พ.อ.นพ.พิริงกูร เกิดพาณิชย์

สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย

ชั้น 9 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทรศัพท์ (662) 716 6534-5

หรือที่ หน่วยโรคติดเชื้อเด็ก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เบอร์ตรงติดต่อกานประชุม

โทรศัพท์ (662) 644 4135 โทรสาร (662) 644 4135

[www.pidst.or.th](http://www.pidst.or.th)