ใบสมัครลงทะเบียน

Update on Pediatric Infectious Disease 2016

17-19 กุมภาพันธ์ 2559

ณ ห้องประชุมชั้น 2 โรงแรม เดอะ สุโกศล (สยามซิตี้เดิม)

คำนำหน้า ☐ นพ. ☐ พญ. ☐ นาง ☐ น.ส. ☐ นาย

ชื่อ

นามสกุล

สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทร.....มือถือ.....โทรสาร.....

E-mail address.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ประเภทอาหาร ◯ ไทย ◯ มังสวิรัติ/เจ ◯ อิสลาม/กินเนื้อวัวได้

ที่อยู่ *(สำหรับออกใบเสร็จค่าลงทะเบียน)* ☐ ตามที่อยู่ที่ติดต่อได้

.....

.....

.....

อัตราค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน	ภายใน 22 ม.ค. 59	หลัง 22 ม.ค. 59	หลัง 5 ก.พ. 59
Intern#, Pediatric Resident# *(ต้องมีจดหมายรับรอง)*	3,600	3,800	ลงทะเบียนหน้างาน 4,200
สมาชิก สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กฯ	3,800	4,000	
แพทย์ใช้ทุน, แพทย์ทั่วไป, พยาบาล	4,000	4,200	
สมาชิก สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กฯ อายุ 60 ปีขึ้นไป **	ลงทะเบียนฟรี	4,000	

หมายเหตุ : ** สมาชิกสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กฯ อายุ 60 ปี ขึ้นไป ส่งเอกสารการลงทะเบียน พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนส่งมายังสมาคมฯ ก่อนวันที่ 22 ม.ค. 58 (ฟรีเฉพาะค่าลงทะเบียน) และต้องมารับเอกสารการประชุมด้วยตนเองที่วันงาน

- NO REFUND, NO TRANSFER
- กรุณาแสดง **บัตรประจำตัว** หรือ **จดหมายตอบรับ** เพื่อรับเอกสารลงทะเบียน
- กรณียกเลิกการลงทะเบียน จะต้องส่งหนังสือขอยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรมายังสมาคมฯ โดยจะได้รับค่าลงทะเบียนคืนภายหลังเสร็จสิ้นงานประชุมแล้วในอัตราดังนี

  ภายใน 22 ม.ค. 59 คืนร้อยละ 50 ของค่าลงทะเบียน

  หลังวันที่ 22 ม.ค. 59 ไม่คืนค่าลงทะเบียน