

# ใบสมัครลงทะเบียน

“Asthma and COPD for Healthcare Workers 2017: Simplify your Practice”

วันที่ 20 – 21 กรกฎาคม 2560 เวลา 08.00 – 16.30 น.

ณ ห้องจูปีเตอร์ ชั้น 3 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น

นพ.  พญ.  ภก.  ภญ.  นาย  นาง  นางสาว

ชื่อ /นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

ที่ทำงาน/โรงพยาบาล.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มือถือ.....E-mail.....

อาหารธรรมดา  อาหารอิสลาม  อาหารมังสวิรัต

## ลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน (ก่อนวันที่ 8 กรกฎาคม 2560 )

ลงทะเบียน ท่านละ 1,500 บาท

ลงทะเบียนร่วม Workshop ท่านละ 1,800 บาท

ค่าลงทะเบียน (หลังวันที่ 8 กรกฎาคม 2560 )

ลงทะเบียน ท่านละ 1,800 บาท

ลงทะเบียนร่วม Workshop ท่านละ 2,100 บาท

## การชำระเงินค่าลงทะเบียน

โดยโอนเงินเข้าบัญชี

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา สภาอากาศไทย

ชื่อบัญชี “มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย” ประเภทออมทรัพย์

เลขที่บัญชี 045-2-62049-8

พร้อม Fax ใบสมัครและสำเนาการโอนเงินมาที่

โทรสาร. 0-2617-0649 หรือ E-mail : [asthma2541@gmail.com](mailto:asthma2541@gmail.com)

ต้องการออกใบเสร็จในนาม.....

ที่อยู่.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(โปรดเขียนตัวบรรจงหรือพิมพ์)

วันที่.....