



การประชุมวิชาการสมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย  
วันที่ 4 - 6 พฤษภาคม 2561 สถานที่ Pullman Pattaya Hotel G, Pattaya, THAILAND

แบบฟอร์มการลงทะเบียน

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล..... \* (ป้ายชื่อและใบประกาศนียบัตรเป็นภาษาอังกฤษ)

NAME (Mr./Mrs./Miss) ..... SURNAME..... \* (Name tag and Certificate is english version)

เบอร์มือถือ: ..... \* (If you need to confirm the register number by sms /ถ้าต้องการยืนยันการลงทะเบียนทาง SMS)

E-mail: ..... Line ID: ..... WhatsApps: .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สถานที่ทำงาน รพ./บริษัท .....

ที่อยู่สำหรับออกใบสำคัญรับเงิน.....

อาชีพ (ระบุ ✓)  รังสีแพทย์  แพทย์ประจำบ้าน  พยาบาล  นักรังสีเทคนิค  นักรังสีการแพทย์  
 ผู้แทนบริษัท  ผู้สนใจอื่นๆ (ระบุ).....

**พร้อมนี้ได้จัดส่ง** ค่าลงทะเบียนล่วงหน้า (ก่อนวันที่ 10 เม.ย.2561)

- สมาชิกสมาคมฯ 5,000.- บาท \*ราคานี้ยังไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม
- ไม่เป็นสมาชิกสมาคมฯ 8,000.- บาท \*ราคานี้ยังไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม

☞ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (.....) รวม.....บาท

การชำระเงิน ทางธนาคาร ชื่อบัญชี “สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย”

บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 214-2-07388-7 ธนาคารทหารไทย สาขา โรงพยาบาลกรุงเทพ

ส่งแบบฟอร์มที่ท่านพิมพ์รายละเอียดเรียบร้อยแล้ว พร้อมกับภาพสำเนาการชำระเงินมายัง e-mail : [tsvir.acting@gmail.com](mailto:tsvir.acting@gmail.com)

การลงทะเบียนจะถือว่าสมบูรณ์เมื่อท่านได้รับ e-mail หรือ SMS ตอบกลับมาว่า

**“สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทยได้รับแบบฟอร์มและค่าลงทะเบียนของท่านเรียบร้อยแล้ว”**

**\*\* ใบเสร็จรับเงินจัดส่งให้ทางไปรษณีย์ \*\***

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่สมัคร.....เดือน.....พ.ศ.....