



## แบบฟอร์มการลงทะเบียน

งานประชุมทางวิชาการ สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย ครั้งที่ 20 ประจำปี 2560  
วันที่ 3-5 พฤศจิกายน 2560 สถานที่ Novotel Hua Hin Cha Am Beach Resort & Spa

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

NAME (Mr./Mrs./Miss) .....SURNAME.....

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

โทรศัพท์.....เบอร์มือถือ.....โทรสาร..... e mail.....

ที่อยู่สำหรับออกใบสำคัญรับเงิน

.....  
.....  
.....

อาชีพ (ระบุ ✓)  รังสีแพทย์  แพทย์ประจำบ้าน  นักรังสีเทคนิค  นักรังสีการแพทย์  
 ผู้แทนบริษัท  เพลโดลว์  ผู้สนใจอื่นๆ (ระบุ).....  
 พยาบาล \*CNEU number .....(\*โปรดระบุให้ชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการเก็บชั่วโมง)

อาหาร (เฉพาะเที่ยง)  ไทย  มังสวิรัติ  Halal food

### ค่าลงทะเบียน

อัตราสมาชิกสมาคมฯ 4,500 บาท (รวม VAT 7%)  
 อัตราไม่เป็นสมาชิกสมาคมฯ 5,000 บาท (รวม VAT 7%)

การชำระเงิน ทางธนาคาร ชื่อบัญชี “สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย”  
บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 214-2-07388-7 ธนาคารทหารไทย สาขาโรงพยาบาลกรุงเทพ

ส่งแบบฟอร์มที่ท่านพิมพ์รายละเอียดเรียบร้อยแล้ว พร้อมกับภาพสำเนาการชำระเงินมายัง e-mail : tsvir.acting@gmail.com  
สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ Admin โทร. 0899699618, 0859013311  
การลงทะเบียนจะถือว่าสมบูรณ์เมื่อท่านได้รับ e-mail หรือ SMS ดอกลับมาว่า “สมาคมรังสีฯ ได้รับแบบฟอร์มและค่าลงทะเบียนของท่านเรียบร้อยแล้ว”

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่สมัคร.....เดือน.....พ.ศ.....

**\*\* หมดเขตรับสมัครวันที่ 20 ตุลาคม 2560**