



การประชุมวิชาการสมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย
วันที่ 26-27 สิงหาคม 2560 สถานที่ SPRINGFIELD @ SEA RESORT & SPA

แบบฟอร์มการลงทะเบียน

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

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

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

สถานที่ที่ต้องการ ให้ติดต่อ ที่ทำงาน ที่บ้าน

ที่อยู่สำหรับออกใบสำคัญรับเงิน.....

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

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

พร้อมนี้ได้จัดส่ง ค่าลงทะเบียนล่วงหน้า (ก่อนวันที่ 10 สิงหาคม 2560)

- สมาชิกสมาคมฯ 2,000.- บาท
- ไม่เป็นสมาชิกสมาคมฯ 2,500.- บาท

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

การชำระเงิน ทางธนาคาร ชื่อบัญชี “สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย”

บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 214-2-07388-7 ธนาคารทหารไทย สาขาโรงพยาบาลกรุงเทพ

ส่งแบบฟอร์มที่ท่านพิมพ์รายละเอียดเรียบร้อยแล้ว พร้อมกับภาพสำเนาการชำระเงินมายัง e-mail : tsvir.acting@gmail.com

การลงทะเบียนจะถือว่าสมบูรณ์เมื่อท่านได้รับ e-mail หรือ SMS ตอบกลับมาว่า

“สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทยได้รับแบบฟอร์มและค่าลงทะเบียนของท่านเรียบร้อยแล้ว”

**** รับใบเสร็จรับเงินที่หน้างาน ****

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่สมัคร.....เดือน.....พ.ศ.....