



การประชุมวิชาการสมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย  
วันศุกร์-เสาร์ที่ 19-20 สิงหาคม 2559 สถานที่ ที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (มอ.) จ.สงขลา

### แบบฟอร์มการลงทะเบียน

ชื่อ (น.พ./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

สมาชิกสมาคมฯ 5,000.- บาท

ไม่เป็นสมาชิกสมาคมฯ 7,000.- บาท

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

**การชำระเงิน** ทางธนาคาร ชื่อบัญชี “สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย”

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

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

การลงทะเบียนจะถือว่าสมบูรณ์เมื่อท่านได้รับ e-mail หรือ SMS ตอบกลับบวว่า

**“สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทยได้รับแบบฟอร์มและค่าลงทะเบียนของท่านเรียบร้อยแล้ว”**

**\*\* รับใบเสร็จรับเงินที่หน้างาน \*\***

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่สมัคร.....เดือน.....พ.ศ.....