



การประชุมวิชาการประจำปีสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 56

Hematology 2020: Pearls and Pitfalls

วันที่ 13 - 16 กันยายน 2563 ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ

ใบลงทะเบียน

นพ. พญ. นาย นาง นางสาว: _____

ชื่อ-นามสกุลภาษาอังกฤษ: _____

สถาบัน: _____ ตำแหน่ง: _____

ที่อยู่ติดต่อ: _____

รหัสไปรษณีย์: _____

อีเมล: _____ โทร: _____ แฟกซ์: _____

ค่าลงทะเบียน:

ประเภทผู้ลงทะเบียน	ค่าลงทะเบียน	จำนวนเงินที่ชำระ
<input type="checkbox"/> แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่สมาชิก สสท.	4,000 บาท	
<input type="checkbox"/> สมาชิกสามัญ	3,000 บาท	
<input type="checkbox"/> สมาชิกวิสามัญ หรือ Resident/Fellow in Training	2,000 บาท	
<input type="checkbox"/> สมาชิกที่เกษียณอายุราชการแล้ว โปรดระบุปีเกิด _____	ยกเว้นค่าลงทะเบียน	

การชำระเงิน:

<input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชี สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ เลขที่บัญชี 026-4-13189-7 (กรุณาแนบใบโอนเงินมาพร้อมใบลงทะเบียน)	มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนามและที่อยู่ต่อไปนี้ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> เช็คธนาคาร _____ เลขที่: _____ ลงวันที่: _____	

การยกเลิกลงทะเบียน: 1. การยกเลิกลงทะเบียนภายในวันที่ 10 สิงหาคม 2563 สมาคมฯ จะคืนค่าลงทะเบียนให้หลังงาน
ประชุมโดยหักค่าธรรมเนียมร้อยละ 25 ของค่าลงทะเบียน ทั้งนี้ต้องมีหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์
อักษรมายังสมาคมฯ

2. การยกเลิกหลังวันที่ 10 สิงหาคม 2563 จะไม่ได้รับเงินค่าลงทะเบียนคืน

ลงชื่อผู้สมัคร _____ วันที่ _____

กรุณาส่งใบสมัครที่: สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย

ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพมหานคร 10310 โทร: 02716-5977 แฟกซ์: 02716-5978 อีเมล: joi@tsh.or.th

เฉพาะเจ้าหน้าที่	ผู้รับลงทะเบียน:	วันที่:	Reg. No.:
------------------	------------------	---------	-----------