



แบบฟอร์มลงทะเบียน

การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 27 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
27 เมษายน - 1 พฤษภาคม 2554, โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน, พัทยา จ.ชลบุรี

ชื่อผู้เข้าประชุม นพ. พญ.

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....เกิดวันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ.

ชื่อบริษัทผู้สนับสนุน.....

ชื่อผู้ติดต่อ..... โทรศัพท์มือถือ.....

รายละเอียดการทำงานของผู้เข้าประชุม :

1. ระบุประเภทของสถานที่ทำงาน โรงพยาบาลต้นสังกัด งานการบริหารสุขภาพ (เช่น งานกระทรวง)
 คลินิกส่วนตัว ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
 อาชีพอื่นๆ (โปรดระบุ).....

2. ระบุชื่อสถานที่ทำงาน/หน่วยงาน โรงพยาบาล..... คลินิก.....
 สมาคม / บริษัท..... อื่นๆ (โปรดระบุ).....

3. ระบุที่อยู่ของที่ทำงานที่ติดต่อได้ทางไปรษณีย์ อาคาร.....เลขที่.....ซอย.....
ถนน.....เขต.....แขวง.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
มือถือ.....อีเมล (ตัวบรรจง).....

4. โปรดเขียน ในช่องที่ต้องการ

ชำระค่าลงทะเบียนหลังวันที่ 18 มี.ค.54

4.1 สมาชิกสามัญ 5,500 บาท

4.2 สมาชิกสามัญที่ 3,500 บาท

เกษียณอายุ (60 ปีขึ้นไป)

4.3 สมาชิกสามัญ ฟรีค่าลงทะเบียนทั่วไป

อายุ 65 ปีขึ้นไป

4.4 สมาชิกวิสามัญ 3,500 บาท

4.5 แพทย์สาขาอื่นๆ 6,500 บาท

4.6 บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ 3,000 บาท

หรือนิสิต/นักศึกษา

4.7 ผู้ติดตาม (คนไทย) 3,000 บาท

เอกสาร

กระป๋าม้า, บัตรเข้าประชุม, คู่มืออาหาร, เอกสารประชุม

กระป๋าม้า, บัตรเข้าประชุม, คู่มืออาหาร, เอกสารประชุม

กระป๋าม้า, บัตรเข้าประชุม, คู่มืออาหาร, เอกสารประชุม

กระป๋าม้า, บัตรเข้าประชุม, คู่มืออาหาร, เอกสารประชุม

กระป๋าม้า, บัตรเข้าประชุม, คู่มืออาหาร, เอกสารประชุม

กระป๋าม้า, บัตรเข้าประชุม, คู่มืออาหาร, เอกสารประชุม

บัตรชมนิทรรศการ, คู่มืออาหาร



แบบฟอร์มลงทะเบียน

การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 27 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
27 เมษายน - 1 พฤษภาคม 2554, โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน, พัทยา จ.ชลบุรี

5. ค่าลงทะเบียน Workshop (1,000 บาท / 1 workshop)

วันที่ 27 เมษายน 2554 เวลา 13.50-16.50 น.

5.1 Workshop 1 : Short case examination in neurology : จำนวน.....บาท
Make it easy

5.2 Workshop 2 : Essentials in critical care จำนวน.....บาท

5.3 Workshop 3 : Laboratory interpretation and spot diagnosis จำนวน.....บาท
in geriatric nephrology

5.4 Workshop 4 : Tropical diseases, an update จำนวน.....บาท

5.5 Workshop 5 : Workshop Tobacco cessation (ยกเว้นค่าลงทะเบียน)

วันที่ 28 เมษายน 2554 เวลา 14.30-17.30 น.

5.6 Workshop 6 : Tips and pearls in chest medicine จำนวน.....บาท

5.7 Workshop 7 : Interesting elderly patients with hematologic จำนวน.....บาท
problems

5.8 Workshop 8 : ECG Workshop จำนวน.....บาท

5.9 Workshop 9 : Workshop คนไทยไร้พุง (ยกเว้นค่าลงทะเบียน)

Satellite Symposium – Pre Congress

วันที่ 26 เมษายน 2554 เวลา 09.00-17.00 (ค่าลงทะเบียน 2,000 บาท)

Nutrition Day: Nutrition for the Practicing Clinician (Post Graduate Course)

วันที่ 26-27 เมษายน 2554 เวลา 08.00-16.00 (ค่าลงทะเบียน 7,000 บาท)

Program Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS Provider) **สถานที่จัด รพ.ชลบุรี**

รับจำนวน 30 ท่านเท่านั้น

รวมค่าลงทะเบียนเข้าประชุม เป็นเงิน.....บาท

รวมค่าลงทะเบียน Workshop เป็นเงิน.....บาท

รวมค่าลงทะเบียนทั้งหมด เป็นเงิน.....บาท



แบบฟอร์มลงทะเบียน

การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 27 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
27 เมษายน - 1 พฤษภาคม 2554, โรงแรมแอมบาสซาเตอร์ ซิตี้ จอมเทียน, พัทยา จ.ชลบุรี

หมายเหตุ

1. การลงทะเบียนต้องกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง กรุณาสะกดชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าประชุมให้ถูกต้อง เพราะอาจเกิดปัญหาการลงทะเบียนซ้ำซ้อนกัน
2. สมาชิกสามัญ อายุ 65 ปีขึ้นไป ราชวิทยาลัยฯ มีการยกเว้นค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนประชุม สำหรับการลงทะเบียนรายการ Workshop ยังคงมีค่าใช้จ่ายตามแต่ละ workshop
3. พ่ายลงทะเบียนจะสามารถออกแบบยืนยันการลงทะเบียนโดยสมบูรณ์ได้ก็ต่อเมื่อมีการชำระค่าใช้จ่าย และออกใบเสร็จรับเงินจาก ฝ่ายการเงินเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
4. ราชวิทยาลัยฯ ปิดรับการชำระค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนประชุมทั้งหมดภายใน วันที่ 8 เมษายน 2554 หากพ้นกำหนดจากวันที่กำหนดไว้แล้ว กรุณาลงทะเบียน ณ จุดลงทะเบียนบริเวณงาน ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ คุณประเสริฐ เดชจิราวัฒน์ โทร 0-2716-6744 ต่อ 16, 081-450-4719, 089-139-4555
5. สั่งจ่ายเช็คในนาม "ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย"
6. ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช เลขที่บัญชี. 016-2-28070-8 ชื่อบัญชี "ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย" หากเป็นเช็คต่างจังหวัดให้เพิ่มค่าธรรมเนียมเรียกเก็บเช็คอีก 20 บาท
7. หรือชำระค่าลงทะเบียนด้วยตนเองที่สำนักงานราชวิทยาลัยฯ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 7
8. ค่าลงทะเบียนตามหมายเลข 4 ยังไม่รวมค่าลงทะเบียน workshop
9. ท่านส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนนี้ และสำเนาการโอนเงินทางโทรสาร กรุณาติดต่อ ราชวิทยาลัยฯ ที่เบอร์ 02-7166744 ต่อ 14 เพื่อยืนยันว่าราชวิทยาลัยฯ ได้รับเอกสารจากท่านแล้ว

กรุณาส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนนี้และสำเนาการโอนเงินกลับมายังราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ หัวขวง กรุงเทพฯ 10320

โทร.0-2716-6744 ต่อ 11,16 , 081-450-4719 แฟกซ์ 0-2718-1652