

แบบฟอร์มลงทะเบียน

กรุณาเขียนตัวบรรจง

1. ชื่อ-นามสกุล (โปรดระบุคำนำหน้า)

สังกัด โรงพยาบาล หน่วยงาน

ที่อยู่

โทรศัพท์ มือถือ

E-mail

2. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

แพทย์ พยาบาล

3. ต้องการให้ออกใบเสร็จในนาม () ตามข้อ 1 () อื่นๆ (โปรดระบุ)

.....
.....

4. รับประทานอาหารประเภท ทั่วไป มังสวิรัติ อิสลาม

5. อัตราค่าลงทะเบียน (บาท)

ประเภท	ก่อน 31 มี.ค. 59	ตั้งแต่ 1 เม.ย. 59	วันประชุม
1. การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ Pre-congress workshops <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 (เลือกได้ 1 หัวข้อ)	<input type="radio"/> 1,000	<input type="radio"/> 1,300	<input type="radio"/> 1,800
2. ประชุมวิชาการ (Main congress) • เป็นสมาชิกสมาคมฯ เลขที่	<input type="radio"/> 1,700	<input type="radio"/> 2,000	<input type="radio"/> 2,500
• ไม่ได้เป็นสมาชิกสมาคมฯ	<input type="radio"/> 2,200	<input type="radio"/> 2,500	<input type="radio"/> 3,000
• สำหรับ Resident / Fellow	<input type="radio"/> 800	<input type="radio"/> 1,000	<input type="radio"/> 1,500
3. สมัครงานสมาชิกสมาคมฯ ตลอดชีพ (ดาวน์โหลดใบสมัครสมาชิกสมาคมฯ และส่งมาพร้อมกับแบบฟอร์มลงทะเบียน)	<input type="radio"/> 800	<input type="radio"/> 800	<input type="radio"/> 800
		รวมเงิน บาท	

การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อทางสมาคมฯได้รับเงินค่าลงทะเบียนแล้ว

กรุณาส่งหลักฐานการชำระเงินพร้อมกับแบบฟอร์มลงทะเบียนประชุมวิชาการมายังสมาคมฯ

โทรสาร: **02-7181488** หรือทาง E-mail: **por.boon@hotmail.com, mfm_th@yahoo.com**



การชำระเงิน

- โอนเงินเข้า ธ.กรุงไทย ออมทรัพย์ สาขากนบเพชรบุรีตัดใหม่ เลขที่ **041-0-08598-7** ชื่อบัญชี “วิชาการสมาคมเวชศาสตร์มารดาและการกในครรภ์ (ไทย)”
- **ธนาคัติ** สั่งจ่ายในนาม **น.ส.มาลี เกื้อนพกุล** ปณ. เพชรบุรีตัดใหม่ 10311 และส่งธนาคัติตัวจริงพร้อมใบลงทะเบียนมายังสมาคมฯ
- **เงินสด** ณ สำนักงานสมาคมฯ

หมายเหตุ

- 1) การลงทะเบียน Pre-congress Workshop **ต้องลงทะเบียน Main congress ด้วย** และเลือกได้ 1 Workshop เท่านั้น
- 2) ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกใหม่ สามารถลงทะเบียนใช้อัตราสมาชิกได้เลย
- 3) ผู้ลงทะเบียนวันประชุมอาจไม่ได้รับความสะดวก กระเป๋าและเอกสารประกอบการประชุมอาจไม่ครบถ้วน
- 4) **การยกเลิกการลงทะเบียน** ผู้ที่ยกเลิกการลงทะเบียนจะต้องส่งหนังสือขอยกเลิกลงทะเบียนเป็นลายลักษณ์อักษรมายังสมาคมฯ โดยจะได้รับคืนค่าลงทะเบียนภายหลังเสร็จสิ้นงานดังนี้:
ก่อนวันที่ 10 เมษายน 2559 คืนร้อยละ 50 ของค่าลงทะเบียน
ตั้งแต่วันที่ 11 เมษายน 2559 ไม่คืนค่าลงทะเบียน



ส่งแบบฟอร์มลงทะเบียน,
ชำระค่าลงทะเบียน
ใบสมัครสมาชิก
และสอบถามเพิ่มเติม
ได้ที่:

คุณพรรวล บุญชนะทองเลิศ

สมาคมเวชศาสตร์มารดาและการกในครรภ์ (ไทย)

เลขที่ 2 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 8 ซอยศูนย์วิจัย

ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์: **02-7181489** มือถือ: **087-6957659**

โทรสาร: **02-7181488** ID Line: **0876957659**

E-mail: **mfm_th@yahoo.com** หรือ **por.boon@hotmail.com**

Website: **www.thai-smfm.com**

การสำรองห้องพักกรุณาติดต่อกับทางโรงแรมโดยตรง
ก่อนวันที่ **10 เมษายน 2559**

