

แบบฟอร์มลงทะเบียน กรุณาเขียนตัวบรรจง



ข้าพเจ้า นพ./พญ./ทพ./ทญ./นาย/นาง/นางสาว

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ สถานที่ทำงาน/โรงพยาบาล

ชื่อ-ที่อยู่ที่ต้องการให้ปรากฏในใบเสร็จ สถานที่ทำงาน อื่นๆระบุ

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

โทรสาร e-mail

- ท่านเป็น แพทย์ทั่วไป
 แพทย์เฉพาะทาง สาขา
- แพทย์ประจำบ้าน สาขา
- แพทย์ Follow สาขา
- ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร
- อื่นๆ ระบุ

วันที่เข้าร่วมประชุม 27 กย. 28 กย. 29 กย.

ท่านต้องการให้เตรียมอาหาร ปกติ มังสวิรัต ฮาลาล

กรุณาลงทะเบียนและชำระเงินล่วงหน้า ภายใน 15 กันยายน 2553**

**เนื่องจากของที่ระลึกมีจำนวนจำกัด

ค่าลงทะเบียน 300 บาท รายได้จากค่าลงทะเบียนทั้งหมด

ทูลเกล้าฯ ถวายสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

โดยเสด็จพระราชกุศลตามพระราชอัธยาศัย

โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาดอนเมืองปิ่นเกล้าใหม่ ประเภทออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 043-2-44187-2

“บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน)”

กรุณาส่งหลักฐานการชำระเงินและใบสมัครมาที่

คุณอารัมภา ทองมิตร

โรงพยาบาลกรุงเทพ เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย 7

ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ / โทรสาร 0-2310-3170

ท่านสามารถลงทะเบียนผ่านเว็บไซต์

<http://www.bangkokhospital.com/symposium>

ติดต่อสอบถามและลงทะเบียนได้ที่ **Ins.1719** หรือ e-mail: asm2010@bgh.co.th

(ถ่ายสำเนาได้)