

แบบฟอร์มการลงทะเบียน

การประชุมวิชาการมหกรรมจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ปีที่ 4

“Sharing Knowledge, Energizing Teams, Improving Service Quality”

วันที่ 13 – 15 ธันวาคม 2553 ณ ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ หลักสี่ กรุงเทพมหานคร

รายชื่อผู้ลงทะเบียน (ถ้ามีผู้เข้าประชุมมากกว่า 3 คนขึ้นไป ให้เพิ่มรายชื่อในกระดาษอื่น)

1. ชื่อ-นามสกุล..... ระบุวิชาชีพ.....
อาหาร ปกติ มุสลิม มังสวิรัตติ ข้อจำกัดอื่น ระบุ.....
2. ชื่อ-นามสกุล..... ระบุวิชาชีพ.....
อาหาร ปกติ มุสลิม มังสวิรัตติ ข้อจำกัดอื่น ระบุ.....
3. ชื่อ-นามสกุล..... ระบุวิชาชีพ.....
อาหาร ปกติ มุสลิม มังสวิรัตติ ข้อจำกัดอื่น ระบุ.....

ที่ทำงาน.....
สถานที่ติดต่อได้สะดวก.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....

ค่าลงทะเบียน (โปรดทำเครื่องหมาย ใน ที่ท่านเลือก)

- รายคน 3,000 บาท/คน ทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป 2,400 บาท/คน
รวมค่าลงทะเบียนทั้งหมด.....บาท

การลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรมช่วงเย็น (ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม)

- กิจกรรมของเครือข่ายผู้ดูแลเท้า วันที่ 13 ธันวาคม 2553 เวลา 16.30-19.00 น.(รับจำนวน 200 คน)
จำนวน.....คน ระบุหมายเลขหน้าชื่อผู้ลงทะเบียนจากด้านบน.....
- Symposium วันที่ 14 ธันวาคม 2553 เวลา 16.30-18.30 น. (รับจำนวน 200 คน)
จำนวน.....คน ระบุหมายเลขหน้าชื่อผู้ลงทะเบียนจากด้านบน.....

วิธีการชำระค่าลงทะเบียน (โปรดชำระเงินล่วงหน้า ภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2553)

- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาท่าศาลา เลขที่ 828-0-42922-0
ชื่อบัญชี “มหกรรม KM เบาหวาน-ความดันโลหิตสูง”

ลงชื่อ ผู้สมัคร / ผู้ดำเนินการ
วันที่ / /

- หมายเหตุ:** 1. โปรด Fax สำเนาการชำระค่าลงทะเบียนและแบบฟอร์มการลงทะเบียน ไปยังคุณรัตนากร บุญกลาง
ทางโทรสาร 0-7567-2103
2. การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อชำระเงินเรียบร้อยแล้ว และขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าลงทะเบียน
3. กรุณาแจ้งชื่อและที่อยู่ในการออกไปเสร็จ / ไปกำกับภาชี มาพร้อมกับสำเนาการชำระเงินและ
แบบฟอร์มการลงทะเบียน

หากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อ

คุณรัตนากร บุญกลาง โทร 0-7567-2101 หรือมือถือ 08-9413317