

**แบบฟอร์มจองโรงแรม**  
**โรงแรม Green จ.ขอนแก่น วันที่ 25-27 พฤศจิกายน 2558**  
**\*\*\*\*\*สำหรับแพทย์ประจำบ้าน\*\*\*\*\***

ชื่อ-นามสกุลผู้จอง นายแพทย์/แพทย์หญิง.....  
ชื่อ-นามสกุลผู้จอง (ภาษาอังกฤษ) Mr./Miss/Ms.....  
ที่ทำงาน.....  
สถานที่ติดต่อสะดวก.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....  
E-mail.....  
พักร่วมกับ.....

ห้องพักโรงแรม รวมอาหารเช้า (เดี่ยว,คู่)      ราคา 850 บาท/ห้อง/คืน

วันที่เข้าพัก.....วันที่ออก.....รวมจำนวนเข้าพัก.....คืน

**การชำระเงินค้ำมัดจำ**

ค้ำมัดจำ 1 คืน/ห้อง รวมเป็นเงิน.....850.....บาท

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกสิกรไทย สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เลขที่บัญชี 028-1-08619-7

ชื่อบัญชี ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย (แนบสำเนาการโอนเงินมาด้วย)

ส่งมายัง : ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี

เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรสาร 02-718-0717 E-mail: admin@rcopt.org

- การจองจะสมบูรณ์ต่อเมื่อท่านจ่ายเงินค้ำมัดจำ 1 คืน/1 ห้อง เรียบร้อยแล้ว
- หากท่านไม่เข้าที่พักตามที่จองไว้ จะไม่มีการคืนเงินค้ำมัดจำ

**หมดเขตรับจองห้องพักโรงแรม วันอังคารที่ 15 กันยายน 2558**