



แบบฟอร์มลงทะเบียน (Registration Form)  
การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 45 ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย  
วันที่ 14 - 16 กรกฎาคม 2564  
ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์

ชื่อ-นามสกุล นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ที่ทำงาน.....

สถานที่ติดต่อสะดวก.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail.....

ID Line: .....

สถานภาพ

- จักษุแพทย์       แพทย์ประจำบ้าน, แพทย์ใช้ทุน       สมาชิกอาวุโส (ยกเว้นค่าลงทะเบียน)  
 บุคลากรด้านสาธารณสุข และจักษุวิทยา อื่น ๆ โปรดระบุ..... (แบบหลักฐาน บัตรประจำตัวของหน่วยงาน)

อัตราค่าลงทะเบียน	ภายในวันที่ 18 มิ.ย. 64	ลงทะเบียนหน่วยงาน
จักษุแพทย์ไทย	1,000 บาท	1,500 บาท
(สมาชิกอาวุโส, สมาชิก 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้)	----- ยกเว้นค่าลงทะเบียน -----	----- ยกเว้นค่าลงทะเบียน -----
(วิทยากร)	----- ยกเว้นค่าลงทะเบียน -----	----- ยกเว้นค่าลงทะเบียน -----
แพทย์ประจำบ้าน, แพทย์ใช้ทุน (จักษุ)	500 บาท	800 บาท
บุคลากรด้านสาธารณสุข และจักษุวิทยา อื่น ๆ	4,000 บาท	4,500 บาท

การชำระเงิน โอนเงินเข้าบัญชี ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่  
เลขที่บัญชี 041-0-16252-3 (กรุณาส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนพร้อมหลักฐานการชำระเงินมาที่ราชวิทยาลัยฯ อีเมล rcopt.doc@gmail.com  
หรือ โทรสาร 02-718-0717) หรือทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ด้านล่าง

ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย  
ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี  
เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ  
เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
โทรสาร 02-718-0717

หมดเขตลงทะเบียนล่วงหน้าวันที่ 18 มิถุนายน 2564