



แบบฟอร์มลงทะเบียน (Registration Form)

การประชุมวิชาการครั้งที่ 35 ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

วันที่ 8 - 10 กรกฎาคม 2558

ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์

ชื่อ-นามสกุล นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ที่ทำงาน.....

สถานที่ติดต่อสะดวก.....

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

E-mail.....

ตอบรับเข้าร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ คืนวันพฤหัสบดีที่ 9 กรกฎาคม (ไม่เสียค่าใช้จ่าย)

สถานภาพ

จักษุแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน สมาชิกอาวุโส (ยกเว้นค่าลงทะเบียน)

บุคลากรอื่น

อัตราค่าลงทะเบียน	ภายในวันที่ 6 มิ.ย. 58	ลงทะเบียนหน้างาน
จักษุแพทย์ไทย	800 บาท	1,000 บาท
สมาชิกอาวุโส, สมาชิก 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	-----	ยกเว้นค่าลงทะเบียน -----
แพทย์ประจำบ้าน, แพทย์ใช้ทุน	400 บาท	500 บาท
บุคลากรอื่น (เฉพาะแพทย์)	3,000 บาท	4,000 บาท

สำหรับวิทยากร ที่ส่งชื่อมายังราชวิทยาลัยฯ ภายในวันที่ 15 พ.ค. ได้สิทธิ์ยกเว้นค่าลงทะเบียนและไม่ต้องกรอกแบบฟอร์มลงทะเบียน

การชำระเงิน โอนเงินเข้าบัญชี ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ธนาคารกสิกรไทย สาขานนเพชรบุรีตัดใหม่
เลขที่บัญชี 028-2-00851-5 (กรุณาפקซีไปโอนของธนาคารมาที่ราชวิทยาลัยฯ 02-718-0717 หรือแนบสำเนาการโอนเงินมาด้วย)

กรุณาส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนและหลักฐานการชำระเงินมาที่

ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี

เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ

เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรสาร 02-718-0717

หมดเขตลงทะเบียนล่วงหน้าวันที่ 6 มิ.ย. 2558