



แบบฟอร์มลงทะเบียน (Registration Form)  
การประชุมวิชาการครั้งที่ 40 ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย  
วันที่ 27 - 29 พฤศจิกายน 2560  
ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์

ชื่อ-นามสกุล นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ที่ทำงาน.....

สถานที่ติดต่อสะดวก.....

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

E-mail.....

สถานภาพ

- จักษุแพทย์       แพทย์ประจำบ้าน, แพทย์ใช้ทุน       สมาชิกอาวุโส (ยกเว้นค่าลงทะเบียน)  
 แพทย์สาขาอื่น .....

อัตราค่าลงทะเบียน	ภายในวันที่ 31 ต.ค. 60	ลงทะเบียนหน้างาน
จักษุแพทย์ไทย	800 บาท	1,000 บาท
(สมาชิกอาวุโส, สมาชิก 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้)	----- ยกเว้นค่าลงทะเบียน -----	
แพทย์ประจำบ้าน, แพทย์ใช้ทุน	400 บาท	500 บาท
แพทย์สาขาอื่น	3,000 บาท	4,000 บาท

การชำระเงิน โอนเงินเข้าบัญชี ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ธนาคารกรุงไทย สาขานนเพชรบุรีตัดใหม่  
เลขที่บัญชี 041-0-16252-3 (กรุณาส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนพร้อมหลักฐานการชำระเงินมาที่ราชวิทยาลัยฯ อีเมลล์ admin@rcopt.org 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 31 ตุลาคม 2560