## แบบฟอร์มลงทะเบียน การประชุมวิชาการกลางปีครั้งที่ 5 สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ระหว่างวันที่ 5 – 7 พฤศจิกายน 2553

ขาพเจา (นพ./ พญ./ คุณ)	นามสกุล	·	
าชีพ 🗌 แพทย์ 🔲 แพทย์ประ		-	-
🗌 อื่นๆ ระบุ			
งพยาบาล			
ขที่ หมู่ ซอย			
าบล อำเภอ			
รศัพท์ต่อต่อ	มื่อถือ	FAX	
งทะเบียนโด <u>ย</u>			
🗆 ลงทะเบียนเอง	🗌 บริษัทยา (โปรดระบุ)		
ชื่อผู้แทนยา	มือถื	ବ	
<u>์ตราค่าลงทะเบียน</u> ก่อนวันที่ 22 ตุถ	ลาคม 2553		
พทย์			🛘 2,000 บาท
ผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ / พยาบาล / เภสัชกร และอื่นๆ			🗌 1,000 บาท
<u>์ตราค่าลงทะเบียน</u> หลังวันที่ 22 ตุล	าคม 2553		
พทย์			🛘 2,500 บาท
ผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ / พยาบาล / เภสัชกร และอื่นๆ			🛘 1,500 บาท
<b>ัตราค่าห้องพัก</b> (อัตราพิเศษเฉพาะผู้เข้าร	ร่วมประชุมที่พักโรงแรมฮอลิเดย์อิ	็นน์)	🛘 2,500 บาท/คืน
<u>มายเหตุ</u> : 1. ทางสมาคมฯ จะไม่รับเ	 าารจองห้องพัก		
2. กรณีจองห้องพักเองโด	ยไม่ผ่านบริษัทยา กรุณาติดต่	อกับทางโรงแรมโดยตรงา์	ที่เบอร์ 02-2552818 ต่อ
สำหรับผู้ที่ไม่ใช่สมาชิกสมาคมปลูกถ	เ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ตั้ง	องสมัครสมาชิกก่อนลงทะ	ะเบียน
🗌 แพทย์ 2,000 บาท	🗌 พยาบาล และอื่นๆ 1,0	000 บาท	
<u>มายเหตุ</u> : ใบสมัครสมาชิก สามารถ	Download ได้ที่ <u>www.transpla</u>	antthai.org	
าระค่าลงทะเบียนโดย			
	เลขที่	ลงวั	ันที่
มายเหตุ : การชำระค่าสมัคร			
•	ย "สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่ง	งประเทศไทย "	
	บูชี ธนาคาร ไทยพาณิชย์ จำกัด		า ประเภทบัญชีออมทรัง
	้ 35 - 7   ชื่อบัญชี   สมาคมปลูกถ่		
	ัอมใบสมัครไปยังที่อยู่ด้านล่าง) -		,
	" ๋ -ได้รับกระบปาและเดกสารประกด	บ เกา คง   ค ∾ สง เ	

## ติดต่อลงทะเบียนได้ที่

คุณนงนุช ขัตติยะ สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรี 47 บางกะปี ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 02-716 - 6181, 02-716 - 6184 โทรสาร 02-716 6183 Email: webmaster@thai-transplant.org; kuttiya99@gmail.com