



การประชุมวิชาการประจำปี 2558
ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
วันที่ 10-12 ธันวาคม 2558
ณ โรงแรม เดอะชาयน์ พัทยา
จังหวัดชลบุรี



1. ค่าลงทะเบียน (รวมค่าอาหารกลางวัน 3 มื้อ อาหารเย็น 1 มื้อ และอาหารว่าง 6 มื้อ)

ประเภท	ก่อน 31 ตุลาคม 2558 (บาท)	หลัง 31 ตุลาคม 2558 (บาท)
สมาชิก	4,500	5,000
แพทย์ที่ไม่ใช่สมาชิก	5,500	6,000
แพทย์ประจำบ้าน	3,800	4,300
1 day (สมาชิก)	1,800	2,300
1 day (ไม่ใช่สมาชิก)	2,000	2,500

2. ผู้ติดตาม รวมค่าอาหารกลางวัน 3 มื้อ อาหารเย็น 1 มื้อ และอาหารว่าง 6 มื้อ)

ผู้ใหญ่ คนละ 3,600 บาท
 เด็ก (4 – 12 ปี) คนละ 1,800 บาท

3. ที่พัก โรงแรมเดอะชาयน์ พัทยา

Superior Room ราคาห้องละ 2,200 บาท /ห้อง/คืน (รวมอาหารเช้า)

เตียงเสริม 1,200 บาท/ห้อง/คืน (รวมอาหารเช้า)

(กรุณาดำเนินการจองที่พักกับทางโรงแรมโดยตรง) รายละเอียดตามเอกสารแนบ

4. ขอเชิญชวนสมาชิกส่งผลงานวิจัย ในรูปแบบ poster presentation หรือ oral presentation

โดยขอให้ส่งบทความ **ภายในวันที่ 30 ต.ค. 58** ที่สำนักงานราชวิทยาลัยฯ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 10

ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 0-2716-6808 โทรสาร 0-2716-6809

E-mail address : thairehab@gmail.com





การประชุมวิชาการประจำปี 2558
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
วันที่ 10-12 ธันวาคม 2558
ณ โรงแรม เดอะชาयน์ พัทยา
จังหวัดชลบุรี



ใบลงทะเบียน

หมายเลข.....

วันที่รับ.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

1. ☐ นพ. ☐ พญ. ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว

2. ☐ สมาชิกสามัญ ☐ สมาชิกสมทบ ☐ ไม่ใช่สมาชิก ☐ แพทย์ประจำบ้าน

3. สังกัด.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....e-mail.....

4. ผู้ติดตาม ☐ ไม่มี ☐ ผู้ใหญ่ จำนวน.....คน ☐ เด็ก (4 – 12 ปี) จำนวน.....คน

โปรดลงทะเบียนพร้อมชำระเงิน ก่อน 31 ตุลาคม 2558 ที่

สำนักงานเลขาธิการราชวิทยาลัยฯ และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 10 ซ.ศูนย์วิจัย

ห้วยขวาง กทม. 10310 โทร. 0-2716-6808 โทรสาร 0-2716-6809

e-mail: thairehab@gmail.com

☞ ชำระเงินค่าลงทะเบียน จำนวน.....บาท

☞ ชำระเงินค่าผู้ติดตาม จำนวนผู้ใหญ่.....คน เด็ก.....คน รวมเป็นเงิน.....บาท

*** รวมเป็นเงินบาท**

ชำระเป็น ☐ เงินสด

☐ โอนเงินเข้า ธ.ทหารไทย ออมทรัพย์ สาขาราชประสงค์ เลขที่บัญชี 0112666995

ชื่อบัญชี “สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย”

☐ เช็คธนาคาร

เช็คธนาคาร.....สาขา.....หมายเลข.....

รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท (เช็คต่างจังหวัดโปรดเพิ่มค่าบริการฉบับละ 20 บาท)

เช็คส่งจ่าย “สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย”

★ ติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ คุณศิริพร ศิริวัฒนานกุล (ผิง) 081-301-7400 ★