



การประชุมวิชาการประจำปี 2559
 ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
 และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
 วันที่ 9-11 ธันวาคม 2559
 ณ โรงแรม โกลเด้น ทิวลิป กรุงเทพฯ



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

ราคาค่าลงทะเบียนก่อน 31 ตุลาคม 2559 หลัง 31 ตุลาคม 2559 เพิ่มท่านละ 500 บาท /การประชุม

ประเภท	สมาชิก	แพทย์ประจำบ้าน	ไม่ใช่สมาชิก/อื่นๆ
- Main Congress	☐ 4,500	☐ 3,800	☐ 5,500
- Basic US MSK sonography (hands on) (30 ท่าน) ★	☐ 1,500	☐ 500	☐ 2,000
- Cadaveric MSK US : Interactive workshop (60 ท่าน) ★ ❖	☐ 2,000	☐ 2,000	☐ 3,000
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น			

★ first come first serve

❖ สำหรับผู้ที่มีประสบการณ์ หรือเคยดูงานด้าน MSK ultrasound ขั้นพื้นฐานเป็นอย่างน้อย

หมายเหตุ : ผู้ที่ประสงค์จะลงทะเบียน Workshop จำเป็นต้องลงทะเบียน Main Congress ด้วยทุกท่าน

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

ผู้ใหญ่ คนละ 3,700 บาท

เด็ก (4 – 12 ปี) คนละ 1,900 บาท

3. ที่พัก โรงแรมโกลเด้น ทิวลิป

ห้องพักดีลักซ์ ห้องเดี่ยว และห้องคู่ ราคาห้องละ 2,500 บาท /ห้อง/คืน (รวมอาหารเช้า)

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

(กรุณาดำเนินการจองที่พักกับทางโรงแรมโดยตรง) รายละเอียดตามเอกสารแนบ

4. ขอเชิญชวนสมาชิกส่งผลงานวิจัย ในรูปแบบ poster presentation หรือ oral presentation

โดยขอให้ส่งบทคัดย่อ ภายในวันที่ 30 ต.ค. 59 ที่สำนักงานราชวิทยาลัยฯ อาคารเฉลิมพระ บารมี ๕๐ ปี ชั้น 10

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

E-mail address : thairehab@gmail.com



การประชุมวิชาการประจำปี 2559
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
วันที่ 9-11 ธันวาคม 2559
ณ โรงแรม โกลเด้น ทิวลิป



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 2559 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 (เช็คต่างจังหวัดโปรดเพิ่มค่าบริการขนส่ง 20 บาท)

เช็คสั่งจ่าย “สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย”

★ ติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ คุณศิริพร ศิริวัฒนากุล (ฝั่ง) 081-301-7400 ★