



การประชุมวิชาการประจำปี 2560
ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
วันที่ 8-10 ธันวาคม 2560
ณ โรงแรมเชียงใหม่แกรนด์วิว จังหวัดเชียงใหม่



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

ราคาค่าลงทะเบียนก่อน 31 ตุลาคม 2560 หลัง 31 ตุลาคม 2560 **เพิ่มท่านละ 500 บาท ต่อท่าน**

ประเภท	สมาชิก	แพทย์ประจำบ้าน	ไม่ใช่สมาชิก/อื่นๆ
- Main Congress	☐ 4,000	☐ 3,200	☐ 4,500
- Pre Congress workshop MSK Ultrasound (30 ท่าน) ★	☐ 1,000	☐ 800	☐ 1,500
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น			

★ Pre Congress workshop MSK Ultrasound ในวันพฤหัสบดีที่ 7 ธันวาคม 2560 เวลา 8.30-17.00 น. ณ โรงแรมเชียงใหม่แกรนด์วิว จังหวัดเชียงใหม่

หมายเหตุ : ผู้ที่ประสงค์จะลงทะเบียน Workshop จำเป็นต้องลงทะเบียน Main Congress ด้วยทุกท่าน

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

ผู้ใหญ่ คนละ 3,000 บาท

เด็ก (4 – 12 ปี) คนละ 1,500 บาท

3. ที่พัก (รวมอาหารเช้า 2 ท่าน/ต่อห้อง/ต่อวัน)

****กรุณาติดต่อที่พักโดยตรงกับทางโรงแรมที่ต้องการพักภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2560****

โรงแรม	โรงแรมเชียงใหม่แกรนด์วิว (160 ห้อง)	โรงแรมธารินทร์ (30 ห้อง)	โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว (150 ห้อง)
Superior	1,600 บาท (100 ห้อง)	-	1,500 บาท
Deluxe	2,000 บาท (30 ห้อง)	1,300 บาท	2,000 บาท
Premium	3,500 บาท (30 ห้อง)	-	3,000 บาท
Extra Bed	1,000 บาท (รวมอาหารเช้า)		
ติดต่อ	คุณนภาพร	คุณน้ำหวาน	
เบอร์โทร	053-220100-9	086-9224269	053-224-333
E-Mail	reservation@chiangmaigrandview.com	plengsuree@tarinhotel.com	reservation@lotuspskhotel.com

4. ค่ารถรับส่งสนามบิน 150 บาท/เที่ยว

5. ขอเชิญชวนสมาชิกส่งผลงานวิจัย ในรูปแบบ poster presentation หรือ oral presentation

โดยขอให้ส่งบทคัดย่อ ภายในวันที่ 31 ต.ค. 60 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 2560
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
วันที่ 8-10 ธันวาคม 2560
ณ โรงแรมเชียงใหม่แกรนด์วิว จังหวัดเชียงใหม่



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 2560 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 ศิริวัฒนกุล (ผิง) 081-301-7400 ★