

ใบลงทะเบียน

Basic Metabolic 2024

อนุสาขา Metabolic Bone Disorder Orthogeriatrics

วันพฤหัสบดีที่ 25 กรกฎาคม 2567

ณ ชั้น 25 อาคารกาญจนาภิเษก โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

ชื่อ-นามสกุล เลข ว.

Name Surname

สถานที่ทำงาน.....

มือถือ E-mail :

ค่าลงทะเบียน

ประเภท	อัตราค่าลงทะเบียน
<input type="checkbox"/> แพทย์ออร์โธปิดิกส์	1,000 บาท
<input type="checkbox"/> Resident	
<input type="checkbox"/> พยาบาล	
<input type="checkbox"/> บุคลากรทางการแพทย์	

การชำระค่าลงทะเบียน

- เงินสด
- เช็คสั่งจ่ายในนาม อนุสาขา Metabolic Bone Disorder and Orthogeriatrics
- โอนเงินเข้าบัญชี อนุสาขา Metabolic Bone Disorder and Orthogeriatrics
ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสภากาชาดไทย เลขที่บัญชี 045-564-221-1

กรุณาส่งใบลงทะเบียน และหลักฐานการโอนเงินได้ที่

สำนักงานราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ชั้น 4 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอย
ศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
คุณจักร พหลนองหลวง
E-mail: jkorn2008@gmail.com โทร.02-7165436 มือถือ 091-0756634