**Registration Form**

**การประชุมวิชาการ THOFAS Annual Meeting 2022**

**ณ โรงแรมอัศวิน แกรนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพมหานคร**

**วันที่ 22-23 กันยายน 2565**

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

ชื่อ ...................................................................... นามสกุล .....................................................................................

Name ……………………………………………… Surname ……………………………………………...…………….

สถานที่ทำงาน ........................................................................................................................................................

โทรศัพท์ .................................................................... มือถือ .................................................................................

E-mail: ………………….……………………………………………………………………………………………………

**อัตราค่าลงทะเบียน:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Registration Rates** | **ลงทะเบียนและชำระเงิน**  **ตั้งแต่ 16 ส.ค. 65** |
| แพทย์ | * 2,500 บาท |
| - พยาบาล  - นักกายภาพบำบัด  - บุคลากรทางการแพทย์ | * 1,500 บาท |

รวมจำนวนเงิน …………………… บาท

บริษัทสนับสนุน

ชื่อบริษัท ...............………………………………………………………………………………………………………….

ผู้ติดต่อประสานงาน.................................................................... เบอร์โทรศัพท์ …………......……………………….

E-mail: ……………………………………….......................................................................…………………………..

**การชำระเงิน**

* ชำระเงินสด
* ชำระโดยเช็คสั่งจ่าย “อนุสาขา FOOT & ANKLE”
* โอนเงินเข้าบัญชี อนุสาขา FOOT & ANKLE

ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีเลขที่ 051-278032-4

ติดต่อลงทะเบียน

คุณจุฑามาศ เจียรนัย

ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

ชั้น 4 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง

กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 0-2716-5436-7

กรุณาส่งใบตอบรับที่ E-mail: [rcost04@gmail.com](mailto:rcost04@gmail.com)