

ใบลงทะเบียน

The 7th Annual Meeting of Thai Orthopaedic Society for Sports Medicine 2017

ระหว่างวันที่ 6-7 กรกฎาคม 2560 ณ โรงแรมเชอราตันหัวหิน จ.เพชรบุรี

ชื่อ - นามสกุล.....
สถานที่ทำงาน

เบอร์โทรศัพท์ Fax..... E-mail.....

อัตราค่าลงทะเบียน

อัตราค่าลงทะเบียน	แพทย์วุฒิบัตร (orthopaedics and PM&R)	Resident และ แพทย์ทั่วไป	บุคลากรทางการแพทย์ และผู้สนใจ
ลงทะเบียนและชำระเงิน ภายใน 31 พฤษภาคม 2560	3,000	2,500	1,500
ลงทะเบียนและชำระเงิน หลัง 31 พฤษภาคม 2560	4,000	3,000	2,500

การชำระเงิน

- ชำระเงินสด
- เช็ควoucher “Sports Medicine Annual Meeting”
- โอนเงินเข้าบัญชี “Sports Medicine Annual Meeting” บัญชีออมทรัพย์ ธ.ไทยพาณิชย์ สาขา รพ.ราชวิถี เลขที่บัญชี 051-265774-1 และ สำเนาหลักฐานทางการเงินมายัง เบอร์ Fax 02-256-4518 หรือ E-mail : aunchaleej@rcost.or.th

ติดต่อลงทะเบียน

อนุสาขาเวชศาสตร์การกีฬา ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย
ชั้น 4 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทรศัพท์ 02-7165436-7 E-mail : aunchaleej@rcost.or.th