



แบบฟอร์มการลงทะเบียน

การอบรม Refresher Course ประจำปี 2560

Theme: Clinical Approach in Common Neurological Syndrome

วันที่ 10-11 สิงหาคม 2560

ณ ห้องประชุม ศ.ประสพ รัตนากร ตึกอำนวยการ ชั้น 3 สถาบันประสาทวิทยา

ข้อมูลผู้ลงทะเบียน

ชื่อ-นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....

เบอร์ติดต่อ.....E-mail.....

ค่าลงทะเบียน

แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ผู้สนใจ 2,000 บาท

วิธีการชำระเงิน

เงินสด

ธนาคาส่งจ่าย ในนาม “สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย” ปณ.เพชรบุรีตัดใหม่ 10311

เช็คส่งจ่าย ในนาม “สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย”

ชื่อและที่อยู่ในการออกใบเสร็จรับเงิน.....

.....

.....

โปรดส่งแบบฟอร์มคืนที่ สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 7 เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 0-2 716-5994 โทรสาร 0-2716-6004 E-mail: nstt2004@gmail.com