

แบบฟอร์มการลงทะเบียนการประชุมวิชาการประจำปี 2561

สมาคมประสาทการนอนหลับ

ชื่อ-นามสกุล.....
ที่อยู่.....
โรงพยาบาล.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....
โทรสาร.....E-mail.....

ค่าลงทะเบียน 1,000 บาท

เช็คสั่งจ่ายในนาม “สมาคมประสาทการนอนหลับ”

โอนเงินเข้าบัญชี “สมาคมประสาทการนอนหลับ”

เลขที่บัญชี 408-882881-6 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ รามาริบัติ ประเภทออมทรัพย์

แพทย์และผู้สนใจ: สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ **สมาคมประสาทการนอนหลับ**

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 7 เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 02-716-5995 โทรสาร 02-716-6004 E-mail: thaisleepmedicine@gmail.com