



## แบบฟอร์มการลงทะเบียน

การอบรม Refresher Course ประจำปี 2562

วันที่ 4-5 กันยายน 2562

ณ ห้องประชุมใหญ่ ชั้น 7 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 7 รอบพระชนมพรรษา สถาบันประสาทวิทยา

### ข้อมูลผู้ลงทะเบียน

ชื่อ-นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

บริษัท.....

ที่อยู่.....

เบอร์ติดต่อ.....E-mail.....

### ค่าลงทะเบียน

แพทย์สมาชิก และแพทย์ผู้สนใจ 2,000 บาท

### วิธีการชำระเงิน

เงินสด

ธนาคณัติสั่งจ่าย ในนาม “สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย” ปณ.เพชรบุรีตัดใหม่ 10311

เช็คสั่งจ่าย ในนาม “สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย”

โอนเงินผ่านบัญชีสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย

รายละเอียดการโอนเงิน

ชื่อบัญชี “สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย” เลขที่ 026-294980-4 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบดี

กรุณาส่งสำเนาการโอนเงิน พร้อมทั้งอยู่ในจัดส่งใบเสร็จรับเงิน E-mail: nstt2004@gmail.com

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