

การประชุมประจำปี  
สมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่  
ไบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 11  
ร่วมกับ โรงพยาบาลศิริราช  
ในหัวข้อเรื่อง

“Collaboration of Enhance Functional and Aesthetic Outcomes in Cleft Patients”

- นพ.    พญ.    ทพ.    ทพญ.  
 นาย    นาง    นางสาว    อื่น.....

ชื่อ.....นามสกุล.....

หน่วยงาน/สถาบัน.....

โทรศัพท์..... e-mail:.....

ค่าลงทะเบียน

ประเภท	ราคา
แพทย์ / ทันตแพทย์	<input type="checkbox"/> 1,500 บาท
บุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ใช่แพทย์ และทันตแพทย์	<input type="checkbox"/> 1,000 บาท
แพทย์ประจำบ้าน / นักศึกษาแพทย์ / บุคคลที่สนใจ	<input type="checkbox"/> 500 บาท

การชำระเงิน กรุณาโอนเงินค่าลงทะเบียนมาที่

ชื่อบัญชี: สมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่ ไบหน้าและกะโหลกศีรษะแห่งประเทศไทย

ธนาคาร: กรุงเทพ                      สาขา: มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เลขที่บัญชี: 631-0-11445-6    ประเภท: สะสมทรัพย์

\*\*\*ภายหลังชำระเงินแล้วกรุณาแจ้งการชำระเงินของท่าน โดยถ่ายภาพ/สแกนหลักฐานการโอนเงินและใบลงทะเบียนของท่าน ส่งอีเมลมาที่ อ.นิรมล nirpat@kku.ac.th หรือคุณสุธีรา psuter@kku.ac.th

ลงนามผู้สมัคร

.....  
วันที่.....