

แบบฟอร์มลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมวิชาการ

เรื่อง การดูแลผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่แบบบูรณาการในประเทศไทย

“Integrated Protocol for Cleft Lip-Palate in Thailand”

ณ ห้องประชุมมงกุฎนาวิณ ตึก สก ชั้น 10 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วันอังคารที่ 6 พฤศจิกายน 2550

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

โทรศัพท์

โทรสาร

โทรศัพท์เคลื่อนที่

อัตราค่าลงทะเบียน

ประเภท	จนถึงวันที่ 26 ตุลาคม 50	หลังวันที่ 26 ตุลาคม 50
สมาชิกสมาคมฯ	600	800
ไม่ได้เป็นสมาชิก	800	1,000
จะสมัครเป็นสมาชิกในวันงาน	1,000	1,200

ต้องการเข้าร่วมประชุม และชำระเงิน

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่

กรุณากรอกแบบฟอร์มลงทะเบียนและส่งกลับ มาที่

นางสาวสุพิชฌาย์ อุดมธนทรัพย์

ศูนย์การดูแลผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

โทร. 043-363123 โทรสาร 043-202558 หรือ โทร/โทรสาร 02-2564330

Email: info@thaicleft.org

ชำระค่าลงทะเบียนได้ที่ ชื่อบัญชี

“สมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่ ใบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย”

เลขที่บัญชี 551-2-88967-3 ธนาคารไทยพาณิชย์

สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น พร้อม Fax Slip