



**The Thai Cleft Lip-Palate  
and Craniofacial Association**  
สมาคมความพิการปากแหว่งเพดานโหว่  
ใบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย



## ใบจองบูธแสดงผลภัณฑ์

การประชุมวิชาการสมาคมความพิการปากแหว่งเพดานโหว่ ใบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย ประจำปี 2557

**เครือข่ายความร่วมมือเพื่อแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่**

5 – 7 พฤศจิกายน 2557 ณ โรงแรมโรงแรมกรีนเลค รีสอร์ท เชียงใหม่

### ข้อมูลบริษัท

ชื่อบริษัท.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... e-mail.....

### ข้อมูลผลิตภัณฑ์

ชื่อผลิตภัณฑ์.....

รายละเอียดผลิตภัณฑ์.....

### ข้อมูลผู้ติดต่อ

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง..... โทรศัพท์มือถือ.....

บูธ จำนวน.....บูธ(บูธละ 10,000 บาท)

Luncheon Symposium  วันที่ 5 พฤศจิกายน 2557

วันที่ 6 พฤศจิกายน 2557

สิทธิในการลงทะเบียน จำนวน.....ท่าน เป็นจำนวนเงิน.....บาท

### การชำระเงิน

เงินสด

โอนเงินเข้าบัญชี “ประชุมวิชาการสมาคมความพิการปากแหว่งเพดานโหว่ปี 2557”

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่

เลขที่บัญชี 566-521533-3

### สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

อ.นพ. กฤษณ์ ขวัญเงิน มือถือ 090-893-9580 หรือ e-mail : kkhwanngern@gmail.com