

ลงทะเบียน



ข้าพเจ้า นพ. พญ. นาย นาง นางสาว ภก. ภญ.

ชื่อ - สกุล

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน.....

เลขที่..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรที่ทำงานโทรศัพท์มือถือ.....

อีเมล.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์

ว.แพทย์ เกสัชกร.....

สำหรับแพทย์และเภสัชกร สามารถเก็บหน่วยกิตคะแนน CME, CPE ได้


อัตราค่าลงทะเบียน

- ลงทะเบียนภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2566 ราคา 2,500 บาท
- ลงทะเบียนหลังวันที่ 31 กรกฎาคม 2566 ราคา 3,000 บาท

➔ โอนเงิน ชื่อบัญชี สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 028-289-0054

ส่งใบสมัครและแนบหลักฐานโอนเงินค่าลงทะเบียน ได้ที่ thai_aids@hotmail.com

สอบถามรายละเอียดได้ที่ คุณวรรณภา พัฒนวิศิษฐ์ เบอร์โทรศัพท์ 09-4154-2369, 0-2716-6922

 ปิดรับลงทะเบียนภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2566