



CHELATION
17-19TH MAY 2017
@BANGKOK

แบบตอบรับเข้าร่วมฝึกอบรม

การฝึกอบรมเรื่อง “คีเลชั่นบำบัด Chelation Therapy” ครั้งที่ 16
ระหว่างวันที่ 17-19 พฤษภาคม 2560

ณ ห้องพานอรามา 1 ชั้น 14 โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ ถ.รัชดาภิเษก กรุงเทพฯ



1. ข้อมูลผู้สมัคร (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

ชื่อ (นาย / นาง / น.ส.) นามสกุล.....
 ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ).....
 อายุ.....ปี อาชีพ.....ตำแหน่ง.....
 หน่วยงาน.....ใบประกอบวิชาชีพเลขที่.....
 ชื่อในการออกใบเสร็จ.....
 ที่อยู่ออกใบเสร็จ เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
 เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....หรือ เลขประจำตัวประชาชน.....
 โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
 E-Mail:

ลงชื่อ _____
 ผู้สมัคร ()

2. ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนนักศึกษาแพทยมหาวิทาลัยแม่ฟ้าหลวง (พร้อมแนบบัตร นศ.)

ชำระเงินก่อนวันที่ 20 เมษายน 2560 เป็นจำนวนเงิน 8,500 บาท

ค่าลงทะเบียนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์

ชำระเงินก่อนวันที่ 20 เมษายน 2560 เป็นจำนวนเงิน 9,000 บาท

ชำระเงินหลังวันที่ 20 เมษายน 2560 เป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท



3. วิธีการชำระเงิน : กรุณาโอนเงินล่วงหน้าก่อนการสัมมนา



ชื่อบัญชี “สมาคมการแพทย์คีเลชั่นไทย”

เลขที่บัญชี 091-0-14031-6 / ธนาคารกรุงไทย/ สาขารัชดาภิเษก-ห้วยขวาง/ออมทรัพย์

กรุณาแฟกซ์ Pay-in พร้อมระบุชื่อ -นามสกุล (ผู้ร่วมสัมมนา)



THE EMERALD HOTEL
BANGKOK

4. กรุณาส่งแบบตอบรับมาที่

สำนักงานสาขาลาดพร้าว 302/53 ซอยลาดพร้าว 71 ถนนลาดพร้าว

แขวงคลองเจ้าคุณสิงห์ เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10320

สมาคมการแพทย์คีเลชั่นไทย โทรศัพท์./โทรสาร. 02-931-2246

ติดต่อสอบถาม : คุณออย (086-330-0309) , E-mail : oil_Chelation@hotmail.com

08 6330 0309

chelation_cmat

thaicmat

info@cmat.or.th

*****หมดเขตรับสมัครเข้าร่วมสัมมนา ณ วันที่ 30 เมษายน 2560*****