



## แบบตอบรับเข้าร่วมฝึกอบรม

การฝึกอบรมเรื่อง “คีเลชันบำบัด Chelation Therapy” ครั้งที่ 18  
ระหว่างวันที่ 8-10 พฤษภาคม 2562  
ณ กรุงเทพมหานคร

18<sup>TH</sup>  
\*\*\*\*\*  
CHELATION  
8<sup>TH</sup>-10<sup>TH</sup> MAY 2019  
@BANGKOK

### 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

ค่าลงทะเบียนนักศึกษา แม่ฟ้าหลวง, ม.ธุรกิจบัณฑิต (พร้อมแนบบัตร นศ.)  
ชำระเงินก่อนวันที่ 31 มีนาคม 2562 เป็นจำนวนเงิน 8,500 บาท

ค่าลงทะเบียนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์  
ชำระเงินก่อนวันที่ 31 มีนาคม 2562 เป็นจำนวนเงิน 9,000 บาท  
ชำระเงินหลังวันที่ 31 มีนาคม 2562 เป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท



### 3. วิธีการชำระเงิน : กรุณาโอนเงินล่วงหน้าก่อนการสัมมนา



ชื่อบัญชี “สมาคมการแพทย์คีเลชันไทย”

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

กรุณาแฟกซ์ Pay-in พร้อมระบุชื่อ -นามสกุล (ผู้ร่วมสัมมนา)

LINE@ cmat



### 4. กรุณาส่งแบบตอบรับมาที่

สำนักงานสาขาลาดพร้าว 302/53 ซอยลาดพร้าว 71 ถนนลาดพร้าว  
แขวงคลองเจ้าคุณสิงห์ เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10320

สมาคมการแพทย์คีเลชันไทย โทรศัพท์./โทรสาร. 02-931-2246

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

☎ 08 6330 0309

@ cmat

f thaicmat

✉ info@cmat.or.th

\*\*\*หมดเขตรับสมัครเข้าร่วมสัมมนา ณ วันที่ 31 มีนาคม 2562\*\*\*