



แบบตอบรับเข้าร่วมฝึกอบรม

การฝึกอบรมเรื่อง “คีเลชั่นบำบัด Chelation Therapy” ครั้งที่ 17
ระหว่างวันที่ 9-11 พฤษภาคม 2561
ณ โรงแรมอวานี เอเทรียม กรุงเทพมหานคร



CHELATION
9th-11th MAY 2018
@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 2561 เป็นจำนวนเงิน 8,500 บาท

ค่าลงทะเบียนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์

ชำระเงินก่อนวันที่ 31 มีนาคม 2561 เป็นจำนวนเงิน 9,000 บาท

ชำระเงินหลังวันที่ 31 มีนาคม 2561 เป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท



3. วิธีการชำระเงิน : กรุณาโอนเงินล่วงหน้าก่อนการสัมมนา

ชื่อบัญชี “สมาคมการแพทย์คีเลชั่นไทย”

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

กรุณาแฟกซ์ Pay-in พร้อมระบุชื่อ -นามสกุล (ผู้ร่วมสัมมนา)



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

AVANI ATRIUM BANGKOK

☎ 08 6330 0309

📞 chelation_cmat

📄 thaicmat

✉ info@cmat.or.th

หมดเขตรับสมัครเข้าร่วมสัมมนา ณ วันที่ 31 มีนาคม 2561