



กรุณากรอกข้อมูลตัวบรรจงเพื่อ

ใบจองห้องพักและอาหาร

ความสะดวกในการตอบกลับ

1. นพ. พญ. นาย นาง นางสาว

ชื่อ-นามสกุล.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ..(โปรดระบุ).....

e-mail

1. สิทธิสำหรับการเป็น สมาชิกสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป หมายเลขสมาชิก.....

ยินดีเข้าร่วมงาน ได้รับห้องพัก 1 ห้อง + อาหารทุกมื้อ (ไม่รวมผู้ติดตาม) โดยเสียค่าใช้จ่าย 2,000.00 บาท

ยินดีเข้าร่วมงาน และพักร่วมกับสมาชิกสมาคมฯ ชื่อ..... หมายเลขสมาชิก.....
ได้รับห้องพัก 1 ห้อง+ อาหารทุกมื้อ (ไม่รวมผู้ติดตาม) โดยเสียค่าใช้จ่ายท่านละ 1,000.00 บาท

2. สิทธิสำหรับการเป็น สมาชิกสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย ไม่ครบ 1 ปี หมายเลขสมาชิก.....

ยินดีเข้าร่วมงาน ได้รับห้องพัก 1 ห้อง + อาหารทุกมื้อ โดยเสียค่าใช้จ่าย 4,000.00 บาท (ไม่รวมผู้ติดตาม)

3. ไม่ใช่สมาชิกสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย

ยินดีเข้าร่วมงาน ได้รับห้องพัก 1 ห้อง+ อาหารทุกมื้อ โดยเสียค่าใช้จ่าย 10,000.00 บาท (ไม่รวมผู้ติดตาม)

4. ห้องพัก

Twin Bed (ห้องพักเตียงคู่) Single Bed (ห้องพักเตียงเดี่ยว)

5. อาหาร

- ธรรมดา
 มังสวิรัติ

6. การเดินทาง

ไปรถส่วนตัว

ต้องการเดินทางไปกับรถบัสของสมาคมฯ (สมาชิกสามารถมีผู้ติดตามได้ 1 คน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากเกินสิทธิ์จะต้องเสีย
ค่าใช้จ่าย 500/ท่าน) ผู้ติดตาม.....คน

รวมจำนวน.....คน (รวมสมาชิกและผู้ติดตาม)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

สำหรับผู้ที่ต้องการห้องพัก/อาหารเพิ่มเติม

4. อัตราค่าห้องพัก/อาหาร ****

- ต้องการห้องพักเพิ่ม อัตราคืนละ 5,500 บาท ในคืนวันศุกร์ที่ 18 ส.ค.60 จำนวนห้อง เป็นเงิน.....บาท
(ห้องพักเตียงคู่ 1 ห้อง พร้อมอาหารเช้า 2 ไขว)
- ต้องการห้องพักเพิ่ม อัตราคืนละ 5,500 บาท ในคืนวันเสาร์ที่ 19 ส.ค.60 จำนวนห้อง เป็นเงิน.....บาท
(ห้องพักเตียงคู่ 1 ห้อง พร้อมอาหารเช้า 2 ไขว)
- ต้องการเตียงเสริม ท่านละ 1,600 บาท จำนวนเตียง เป็นเงิน.....บาท
(รวมอาหารเช้า และเครื่องนอน) คืนวันศุกร์ที่ 18 ส.ค.60 คืนวันเสาร์ที่ 19 ส.ค.60
- ต้องการคูปองอาหารเช้า สำหรับผู้ติดตาม ของเช้าวันเสาร์ที่ 19 ส.ค. 60 (กรณีซื้อห้องพักเพิ่ม วันที่18 สค.60)
อัตราผู้ใหญ่ ท่านละ 700 บาท จำนวน.....ไขว เป็นเงิน.....บาท
อัตราเด็ก อายุ 4-12 ปี ท่านละ 350 บาท จำนวน.....ไขว เป็นเงิน.....บาท
- ต้องการคูปองอาหารกลางวันสำหรับผู้ติดตาม ของวันเสาร์ที่ 19 ส.ค.60(รับประทานอาหารกลางวัน ณ โรงแรมเชอราตัน หัวหิน รีสอร์ท แอนด์ สปา ตั้งแต่เวลา 11.45-12.45 น. เท่านั้น)
อัตราผู้ใหญ่ ท่านละ 900 บาท จำนวน.....ไขว เป็นเงิน.....บาท
อัตราเด็ก อายุ 4-12 ปี ท่านละ 450 บาท จำนวน.....ไขว เป็นเงิน.....บาท
- ต้องการคูปองอาหารเย็น สำหรับผู้ติดตาม ของวันเสาร์ที่ 19 ส.ค.60 (โรงแรมเชอราตัน หัวหิน รีสอร์ท แอนด์ สปา)
อัตราผู้ใหญ่ ท่านละ 1,600 บาท จำนวน.....ไขว เป็นเงิน.....บาท
อัตราเด็ก อายุ 4-12 ปี ท่านละ 800 บาท จำนวน.....ไขว เป็นเงิน.....บาท
- *** ไม่สามารถเข้าชมการแสดงเพียงอย่างเดียวได้ หากไม่มีคูปองอาหารเย็น ทางโรงแรมจะเรียกเก็บคูปอง 1ท่าน/ไขว ***
- ต้องการคูปองอาหารเช้า สำหรับผู้ติดตาม ของเช้าวันอาทิตย์ที่ 20 ส.ค. 60 (กรณีซื้อห้องพักเพิ่ม วันที่19 สค.60)
อัตราผู้ใหญ่ ท่านละ 700 บาท เป็นเงิน.....บาท
อัตราเด็ก อายุ 4-12 ปี ท่านละ 350 บาท เป็นเงิน.....บาท
- ต้องการคูปองอาหารกลางวัน สำหรับผู้ติดตามของวันอาทิตย์ที่ 20 ส.ค.60(โรงแรมเชอราตัน หัวหิน รีสอร์ท แอนด์สปา)
อัตราผู้ใหญ่ ท่านละ 900 บาท จำนวน.....คน เป็นเงิน.....บาท
อัตราเด็ก อายุ 4-12 ปี ท่านละ 450 บาท จำนวน.....คน เป็นเงิน.....บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

กรุณาส่งใบตอบรับภายในวันที่ 7 กรกฎาคม 2560 และ ชำระเงิน เป็นเช็คสั่งจ่ายในนาม "สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย" หรือโอนเงิน มายัง ธ.ไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช ชื่อบัญชี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย เลขที่บัญชี 016-2-85763-6 พร้อมกับFax สำเนาใบโอนเงิน เพื่อการยืนยันมาที่สมาคมต่อมไร้ท่อฯ ภายในวันจันทร์ที่ 24 กรกฎาคม 2560

สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 10 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

สอบถามข้อมูลได้ (คุณเดือน,คุณแต้ก,คุณโอ) โทรศัพท์สายตรง 0-2716-6337 หรือโทรสาร

หมายเลข 0-2716-6338