





วันที่.....

แบบฟอร์มการจองห้องพักโรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ  
(โปรดแจ้งการจองห้องพัก ก่อนวัน 2 สัปดาห์)

ชื่อโครงการ ประชุมวิชาการ Nutrition support in Pharmacy Service วันที่ 18 – 20 สิงหาคม 2557  
ห้องกึ่งเพชร ชั้น 3 โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร (หน้าสถานีรถไฟฟ้าราชเทวี)

คำนำหน้าชื่อ / ชื่อ / สกุล .....

(ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน / หน่วยงาน.....

ตำแหน่ง.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ.....

E-mail Address.....

มีความประสงค์จองห้องพัก โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ (ราชเทวี) รวมอาหารเช้า

โดยเข้าพักวันที่.....เวลา..... น.

ออกวันที่.....เวลา..... น.

ห้องพักเดี่ยว ราคา.....1,400.....บาท จำนวน.....ห้อง

ห้องพักคู่ ราคา.....1,600.....บาท จำนวน.....ห้อง

พักกับ .....

ความต้องการอื่น(ถ้ามี)

.....

.....

ที่อยู่การออกไปเสร็จ

.....

.....

**หมายเหตุ** -กรณี ผู้จองห้องพักไม่สามารถเข้าพักตามเวลาที่กำหนด ต้องแจ้งให้โรงแรมให้ทราบล่วงหน้า มิฉะนั้น

โรงแรมจะตัดชื่อผู้จองออกในเวลา 18.00 น

ชื่อบัญชี บริษัทเอเชียโฮเต็ล จำกัด (มหาชน)

ธนาคาร กรุงเทพ สาขา ราชเทวี เลขบัญชี 123-3-11113-5 กระแสรายวัน

ธนาคาร กสิกรไทย สาขา สีลม เลขบัญชี 001-1-03210-9 กระแสรายวัน

“ กรุณาส่งแบบฟอร์มการจองห้องพักพร้อมหลักฐานการโอนเงิน “ มาที่ FAX : 02 2170109

(กรุณาเขียนชื่อ ด้วยตัวบรรจง ให้ชัดเจน เพื่อความถูกต้องและรวดเร็ว)

ที่อยู่โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ ด้านหน้าสถานีรถไฟฟ้าราชเทวี



แบบตอบรับการประชุมวิชาการ

“Nutrition support in Pharmacy Service”

วันที่ 18 - 20 สิงหาคม 2557

ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร (สถานีรถไฟฟ้าวัดราชเทวี)

\*\*\*\*\*

❶ ชื่อ-นามสกุล(ตัวบรรจง)(ปก./ภญ).....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เลขที่ .....

❷ สถานที่ปฏิบัติงาน .....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ ..... E-mail .....

❸ การลงทะเบียน

ผู้ลงทะเบียน	ระยะเวลาการลงทะเบียน และ ชำระเงิน	
	ภายในวันที่ 18 กรกฎาคม 2557	หลังวันที่ 18 กรกฎาคม 2557
บุคคลทั่วไป	<input type="radio"/> 3,000 บาท	<input type="radio"/> 3,500 บาท
สมาชิก APOPS, ThaiHP, GOPP,สมาชิก ชมรมพยาบาลไอวีและเคมีบำบัดแห่ง ประเทศไทย, สมาชิกชมรมพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน	<input type="radio"/> 2,500 บาท	<input type="radio"/> 3,000 บาท
นักศึกษา เภสัชกรประจำบ้าน	<input type="radio"/> 1,500 บาท	<input type="radio"/> 2,000 บาท

❹ ประเภทอาหาร  ธรรมดา  เจ  อิสลาม

สมัครได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ 15 สิงหาคม 2557 โดยทางโทรสาร 043-202-137 และสามารถ Download รายละเอียดการจัดประชุมได้ที่ <http://pharm.kku.ac.th/> หรือ [www.apopsthai.org](http://www.apopsthai.org) ชำระเงิน ค่าลงทะเบียนโดยการโอนเงินเข้าบัญชี บัญชีชื่อเงินรายได้ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (คณะเภสัชศาสตร์) ธนาคาร ไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่บัญชี 551-3-02652-9 และสำเนาหลักฐานการโอนเงินไปที่ คุณทองคำ วงษ์พระจันทร์ โทรสาร 043-202-137 โดยค่าลงทะเบียนจะครอบคลุมถึงค่าเอกสารประกอบการประชุม ค่าอาหารกลางวัน ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ทั้งนี้สามารถตรวจสอบรายชื่อการลงทะเบียนได้ที่ <http://pharm.kku.ac.th/>

โดยส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียน ทางโทรสารไปยังหมายเลข 043-202-137 และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่คุณทองคำ วงษ์พระจันทร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โทรศัพท์ 043-202-378 ต่อ 2131 และสามารถตรวจสอบรายชื่อการลงทะเบียนได้ที่ <http://pharm.kku.ac.th/>

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น <http://pharm.kku.ac.th/>



คำลงทะเบียน ประชุมวิชาการ "Nutrition support in Pharmacy Service"  
วันที่ 18 - 20 สิงหาคม 2557 ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร (สถานีรถไฟฟ้าวชิภาวดี)

ติดหลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียนการประชุม  
การประชุม 18 - 20 สิงหาคม 2557

ชื่อ-นามสกุล.....หน่วยงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....มือถือ.....

วันที่/เวลา โอนเงิน.....จำนวนเงินที่โอน.....ช่องทางการโอนเงิน.....

หมายเหตุ: เมื่อท่านติดหลักฐานการโอนเงิน และกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว กรุณานำแผ่นนี้ไปถ่ายเอกสารก่อน เพื่อความชัดเจน และนำสำเนาที่ถ่าย  
เอกสาร Fax ไปที่ 043-202-137 (คุณทองคำ วงษ์พระจันทร์)