

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
อำเภอ..... ๒๗/๕๓
วันที่..... ๖/๑๒/๒๕๕๕
เวลา..... ๑๐.๐๐



ที่ สธ ๐๓๑๘๘/ ๕๒๒๘

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕

รมต.ส่งเสริมสุขภาพฯ
รับที่..... ๕๓๒
วันที่..... ๗ มิ.ย. ๕๕

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุข/ศูนย์อนามัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ
๒. แบบตอบรับ
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยกรมการแพทย์ ได้อนุมัติให้หน่วยกุมารเวชศาสตร์สังคม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จัดอบรมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาล เรื่อง Well Child care : Stepping towards healthier future ขึ้นในวันที่ ๖ - ๗ กันยายน ๒๕๕๕ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ-มหาราชินี ซึ่งการจัดการอบรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าประชุมเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะการให้บริการ การดูแลสุขภาพเด็กที่คลินิกเด็กสุขภาพดี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีพิจารณาแล้วเห็นว่า การประชุมเชิงปฏิบัติการดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเด็กได้ทบทวนความรู้เก่า และเพิ่มพูนความรู้ใหม่ๆ เข้าร่วมการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียน ๑,๕๐๐.- บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน) รับจำนวนจำกัดเพียง ๑๐๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายจากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา ขอให้ส่งแบบตอบรับพร้อมสำเนาใบโอนเงินค่าสมัคร และสำรองที่นั่งได้ที่ คุณณรงค์ จันทร์หรือคุณเพ็ญศิริ สายสุด กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร.๐๒-๓๕๕-๘๓๓๓- ๔๓ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๗ / ๐๒-๓๕๕-๘๘๒๗ โทรสาร ๐๒-๓๕๕-๘๐๘๘ ในวันและเวลาราชการ ภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๕

เรียน นพ. ก. ก. ก.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ประชุมเชิงปฏิบัติการ สำหรับแพทย์/พยาบาล
ในโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ
จาก.....
เพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(Signature)

(นางสาวรัตโนทัย พลับรูการ)

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๕ มิ.ย. ๕๕

กลุ่มภารกิจวิชาการ
โทร : ๐๒ ๓๕๕-๘๓๓๓ ต่อ ๕๑๒๐
: ๐๒ ๓๕๕-๘๘๒๗
โทรสาร ๐๒-๓๕๕๘๐๘๘

(Signature)
๗ มิ.ย. ๕๕
(นายสมชัย วิโรจน์แสงอรุณ)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญดีเบส่งเสริมพัฒนา
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาล
เรื่อง Well child care : Stepping towards healthier future
ณ ห้องประชุมสยาม ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
วันพฤหัสบดีที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๕ เวลา ๐๘.๐๐-๑๖.๐๐น.

๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น.	ลงทะเบียน
๐๘.๓๐ - ๐๘.๔๕ น.	กล่าวรายงาน โดยแพทย์หญิง นัยนา ณีชนะนันท์ หัวหน้าหน่วยกุมารเวชศาสตร์สังคม
๐๘.๔๕ - ๐๙.๐๐ น.	กล่าวเปิดงาน โดยอาจารย์แพทย์หญิง ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.	Creating safe environment for children : นายแพทย์อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ (โรงพยาบาลรามธิบดี)
๑๐.๐๐ - ๑๐.๑๕ น.	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๐.๑๕ - ๑๑.๑๕ น.	Developmental red flag in infant and early childhood : แพทย์หญิงนัยนา ณีชนะนันท์
๑๑.๑๕ - ๑๒.๐๐ น.	Update vaccine ๒๐๑๒ : แพทย์หญิงวารุณี พรรณพานิช วานเดอพิทท์
๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.	"Industry Lunch Symposium: Smart Immunization" : แพทย์หญิงวารุณี พรรณพานิช วานเดอพิทท์
๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น.	ต้นทุนชีวิตเด็กไทย : นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี (สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว)
๑๔.๐๐ - ๑๔.๑๕ น.	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๔.๑๕ - ๑๖.๐๐ น.	Symposium : Growth watch : แพทย์หญิงสุนทรี รัตนชูเอก : แพทย์หญิงรัชดา เกษมทรัพย์ : คุณเลิศลักษณ์ บางสุวรรณีย์ ผู้ดำเนินรายการโดย แพทย์หญิงนัยนา ณีชนะนันท์

กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาล
เรื่อง “Well child care: A path to healthy future”
ณ ห้องประชุมสยาม ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
วันศุกร์ที่ ๗ กันยายน ๒๕๕๕ เวลา ๐๘.๐๐-๑๕.๐๐น.

- ๐๘.๓๐ - ๑๐.๓๐ น. "Self-Esteem: Raising A Successful Child From The Inside Out"
: นายแพทย์อัมพล สุอำพัน
(โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)
- ๐๙.๓๐ - ๑๐.๓๐ น. เปิดมุมมอง งานส่งเสริมสุขภาพเด็กในชุมชน
: นายแพทย์ภักดี สืบบุญการณ
(โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย)
- ๑๐.๓๐ - ๑๐.๔๕ น. พักรับประทานอาหารว่าง
- ๑๐.๔๕ - ๑๒.๐๐ น. Symposium: "Common Pitfalls in Pediatric Health Assessment"
โดย นายแพทย์ศักดิ์ชัย วงศกิติรักษ์
แพทย์หญิงนาฎยาพร จรรย์เรืองธีรกุล
นายแพทย์วีระศักดิ์ ธรรมคุณานนท์
ดำเนินรายการโดย คุณพวงพร กอจรัญจิตต์
- ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. Lunch Symposium : Common skin problems in well child clinic
: แพทย์หญิงศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช
: แพทย์หญิงวนิดา ลิ้มพงษ์ศานุรักษ์
- ๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐ น. Work shop
๑. เคล็ดลับพิชิตเด็กอ้วน
โดย แพทย์หญิงสุนทรี รัตน์ชูเอก
แพทย์หญิงรัชดา เกษมทรัพย์
คุณธัญญา ดีปานวงศ์
๒. ฉลาดเล่น เล่นอย่างฉลาด
โดย คุณฉิม สกุลนุ่ม
คุณอภิรัตน์ ภิรมย์กิจ
๓. การดูแลสุขภาพช่องปากและการป้องกันอุบัติเหตุทางฟัน
โดย ทันตแพทย์หญิงประไพ ชุณหคล้าย
คุณมณูญ บำรุงจิตร
คุณพิริยา วรรณระภูติ

หมายเหตุ * รับประทานอาหารว่างเวลา ๑๔.๔๕-๑๕.๐๐น.

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม
เรื่อง โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาล
“Well Child care : Stepping towards healthier future”
วันที่ ๖ - ๗ กันยายน ๒๕๕๕
ณ ห้องประชุมสยาม ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ.....นามสกุล.....
ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....
เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....
สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....
ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
E-mail address

ประเภท โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป - ศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน
 อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ๑,๕๐๐ บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน)
ประเภทอาหาร อาหารทั่วไป อิสลาม ประเภทอื่น ระบุ.....

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา
(ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)

การลงทะเบียน โปรดลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com
หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์หรือโทรสาร
(หมายเลขโทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด กลุ่มภารกิจวิชาการ
ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒-๓๕๔-๘๓๓๓-๔๓ ต่อ ๕๑๑๗,๕๑๒๒
หรือ ๐๒-๓๕๔-๘๗๒๗ หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๕๖๗๔

สถานที่ตั้ง กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเหตุ กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
(โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาล "Well Child care : Stepping towards healthier future")



Company Code: 9617

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 1,500.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท/ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9617

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (ประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาล เรื่อง _____ สาขา.....
Well Child care: Stepping towards healthier future) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ประเภทการชำระ	รายละเอียด		จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
<input type="checkbox"/> เงินโอน / A/C Transfer	เลขที่บัญชี / A/C No.		
<input type="checkbox"/> เงินสด / Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร Please write amount in words		

ลงชื่อผู้ชำระเงิน..... / โทรศัพท์

GRAND TOWER INN

402 SOI REWADEE RAMA VI ROAD, SAMSENNAI, PHAYATHAI, BANGKOK 10400

TEL. 02-618-6688, 02-618-6699 (20 LINES) FAX : (662) 02-618-2683

E-MAIL : okung116@hotmail.com

หน่วยงาน : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
หัวข้อการจัดสัมมนา : โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Well Child care: Stepping towards healthier future
วันที่ : 6-7 กันยายน 2555
สถานที่ : ณ ห้องประชุม ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

รายละเอียดการจองห้องพัก

1. ชื่อ/สกุล.....ห้องเดี่ยว.....ห้องคู่.....วันที่เช็คอิน.....วันที่เช็คเอาท์.....
 2. ชื่อ/สกุล.....ห้องเดี่ยว.....ห้องคู่.....วันที่เช็คอิน.....วันที่เช็คเอาท์.....
- รวมจำนวนห้องพัก.....ห้อง

สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....โทร.ติดต่อ.....

โทร.มือถือ.....แฟกซ์ติดต่อ.....

อัตราค่าห้องพัก

- พักเดี่ยว 1,200.- บาท ห้อง / คืน / รวมอาหารเช้า
- พักคู่ 1,200.- บาท ห้อง / คืน / รวมอาหารเช้า

แกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ เป็นโรงแรมชั้นหนึ่งประกอบด้วยห้องพักมาตรฐาน จำนวน 316 ห้อง ตั้งอยู่บนถนนพระราม 6 การคมนาคมสะดวก ใช้เวลาเพียง 10 นาที จากโรงแรมฯ ถึง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาล รามาธิบดี และ โรงพยาบาลพระมงกุฎ พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกครบครัน

เงื่อนไขการจองห้องพัก ในกรณีผู้เข้าพักจะต้องชำระเงินค่าห้องพักเอง

3. ผู้เข้าพักจะต้องติดต่อฝ่ายสำรองห้องพักโรงแรมก่อนส่งใบจองนี้ คุณไพศาล (โอ) รองผู้จัดการฝ่ายการตลาด โทร. 02-6186688 ต่อ 419, 081 - 8482284 เพื่อทราบสถานะห้องพัก ณ ขณะนั้น
4. เพื่อยืนยันการเข้าพัก ผู้เข้าพักจะต้องชำระค่ามัดจำค่าห้องพัก จำนวน 1 คืน เป็นการล่วงหน้า ภายใน วันที่ 15 สิงหาคม 2555 มิฉะนั้น ทางโรงแรมจะยังไม่ยืนยันการจองห้อง
5. การจองห้องเกินกำหนดเวลาที่แจ้งไว้ จะต้องขึ้นอยู่กับสถานการณ์ห้องว่างในเวลานั้น ๆ เท่านั้น
6. การโอนเงินชำระค่ามัดจำล่วงหน้า ผ่านธนาคาร หรือ ATM โดยส่งจ่ายดังนี้

ธนาคาร UOB สาขาอยุธยาถนนพระราม 6 บัญชี กระแสรายวัน

ชื่อบัญชี บริษัท ไปติมาดี จำกัด

เลขที่บัญชี 123-1-00570-1

7. กรุณาส่งสำเนาสลิปโอนเงิน พร้อมเขียนชื่อผู้เข้าพัก/จังหวัด และระบุชื่อหน่วยงานที่จัดสัมมนา มาแจ้งแผนกการตลาด โรงแรม แกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ พระราม 6 แฟกซ์ 02-6182683 โทร. 02-6186688 ต่อ 419, 081-8482284
8. โรงแรมฯ ขอสงวนสิทธิ์ ไม่คืนเงินมัดจำ กรณียกเลิกการเข้าพัก หรือ No Show
9. บริการรถรับ-ส่งที่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ (ตามเวลาที่กำหนด)

ทางโรงแรมขอขอบพระคุณอย่างยิ่ง ที่ได้มีโอกาสให้บริการท่านในครั้งนี้ หากท่านต้องการความช่วยเหลืออื่นใดหรือ ต้องการสอบถามเกี่ยวกับการประชุม กรุณาติดต่อได้ที่ คุณไพศาล นาคเหล็ก (โอ) โทร. 081-8482284

ด้วยความขอบคุณยิ่ง

N. Paisarn

(ไพศาล นาคเหล็ก)

รองผู้จัดการฝ่ายขายและการตลาด



True Siam Hotel (โรงแรมทรูสยาม)

45 Soi Lertpunya, Phayathai, Rajthevee, BKK 10400

45 ซอยเลิศปัญญา พญาไท ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

Tel: 02-642-6932-4, 081-777-2263

Fax: 02-642-8695

Reservation: rsv@truesiamhotel.com website : <http://truesiamhotel.com>

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันที่ 6 - 7 กันยายน 2555

หลักสูตร Well Child Care : Stepping towards healthier future

ใบยืนยัน การจองห้องพัก

นาย / นาง / นางสาว : _____ นามสกุล _____

ผู้พักร่วม นาย / นาง / นางสาว : _____ นามสกุล _____

หน่วยงาน _____

ที่อยู่ _____

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____ Email : _____

วันที่ Check in : _____ วันที่ Check out : _____

จำนวนคืน : _____ คืน จำนวนห้องพัก : _____ ห้อง

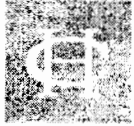
อัตราค่าห้องพัก (กรุณาขีดถูก หน้าห้องที่ท่านต้องการ)

ห้องสแตนดาร์ด พักเดี่ยว/คู่ (1 เตียงใหญ่) ราคา 1400 บาท / ห้อง / คืน / รวมอาหารเช้า

ห้องซูพีเรีย พักคู่ (เตียงคู่) ราคา 1600 บาท / ห้อง / คืน / รวมอาหารเช้า

เงื่อนไขการจองห้องพัก

- ❖ ผู้เข้าพักต้องติดต่อฝ่ายจองห้องพัก เพื่อสอบถามห้องว่าง ก่อนส่งใบจอง โดยติดต่อได้ที่ ศูนย์บริการลูกค้า (จู๊ลี่) เบอร์โทร 02-642-6932, 02-246-1449
- ❖ เพื่อยืนยันการเข้าพัก ผู้เข้าพักต้องชำระค่าเงินมัดจำห้องพัก จำนวน 1 คืนเป็นการล่วงหน้า หลังจากที่ได้มีการจองห้อง โดยการจองห้องจะสมบูรณ์เมื่อทางโรงแรมได้รับการโอนเงินมัดจำห้องพักจากท่าน
- ❖ สำหรับการโอนเงินมัดจำห้องพักล่วงหน้า โดยส่งจ่ายธนาคารต่อไปนี้
ธนาคารกสิกรไทย บัญชีออมทรัพย์
ชื่อบัญชี บริษัท นพพรแอนด์ซันส์ จำกัด (Noppon and Sons Co., Ltd)
สาขา ถนนรางน้ำ เลขที่บัญชี 052-2-80757-5
- ❖ โรงแรมขอสงวนสิทธิ์การคืนเงินมัดจำ กรณียกเลิกการเข้าพัก หรือไม่มาตามวันจอง (No show)
- ติดต่อโรงแรมเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณจู๊ลี่ โทร. 022-461-449, 026-426-932 -4, 081-777-2263
Email : rsv@truesiamhotel.com, sales@truesiamhotel.com



CENTURY PARK
HOTEL • BANGKOK

9 Ratchaprarop Road,
Pratunam-Victory Monument,
Bangkok 10400, Thailand.
Tel : (66) 02246-7800
Fax : (66) 02246-4583

E-mail : corporate@centuryparkhotel.com

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันที่ 6 - 7 กันยายน 2555

หลักสูตร อบรม " Well Child care : Stepping towards healthier future "

โรงแรมเซ็นจูรี่ พาร์ค

9 ถนนราชปรารภ แขวงมักกะสัน เขตราชเทวี กทม. 10400

โทรศัพท์ : 02-246-7800-9 โทรสาร : 02-246-4583

<http://www.centuryparkhotel.com>

หมายเหตุ : กรุณากรอกข้อมูลด้านล่างนี้ให้ครบถ้วน กรุณาแยกแบบฟอร์มสำหรับผู้เข้าพักแต่ละท่าน (กรณีพักเดี่ยว)

นาย /นาง /นางสาว: นามสกุล :

หน่วยงาน.....

ที่อยู่:.....

โทรศัพท์ : โทรสาร:

E-mail:

วันที่เข้าพัก : เวลา :

วันที่เช็คเอาท์ : เวลา :

จำนวนคืน : คืน จำนวนแขก: ท่าน

พักคู่กับ นาย / นาง / นางสาว.....

ชนิดห้องพักที่เลือก :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ห้องสวีทเรีย พักเดี่ยว | ราคา 1,600 บาท สุทธิ / ห้อง / คืน (รวมอาหารเช้า) |
| <input type="checkbox"/> ห้องสวีทเรีย พักคู่ | ราคา 1,900 บาท สุทธิ / ห้อง / คืน (รวมอาหารเช้า) |
| <input type="checkbox"/> ห้องเดอสักซ์ พักเดี่ยว | ราคา 2,200 บาท สุทธิ / ห้อง / คืน (รวมอาหารเช้า) |
| <input type="checkbox"/> ห้องเดอสักซ์ พักคู่ | ราคา 2,500 บาท สุทธิ / ห้อง / คืน (รวมอาหารเช้า) |

ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> เดย์เบรค | ราคา 1,000 บาท / เดย์เบรค (รวมอาหารเช้า) |
| <input type="checkbox"/> รถลีมูซีน : | <input type="checkbox"/> สุวรรณภูมิ ราคา 1,200 บาท / เที่ยว / คืน เที่ยวบิน.....เวลา..... |
| <input type="checkbox"/> รถลีมูซีน : | <input type="checkbox"/> รับและส่งจากสนามบิน/โรงแรม/สนามบิน ราคา 2,400 บาท / 2 เที่ยว / คืน
เที่ยวบิน.....เวลา..... |

หมายเหตุ : กรุณาสำรองห้องพักก่อนเข้าพักล่วงหน้า 1 เดือน

: การยกเลิกการสำรองห้องพัก กรุณาแจ้งยกเลิกล่วงหน้า 1 สัปดาห์

ติดต่อสอบถาม: คุณเมณิรัตน์ ธนกิจธีรโรจน์, ผู้จัดการฝ่ายขายอาวุโส

โทรศัพท์ 0 2246 7800 ต่อ 4403 / 08-1733-0978

Email: corporate@centuryparkhotel.com