



แบบตอบรับเข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปี Suandok Palliative Care ครั้งที่ 8

ระหว่างวันที่ 23-24 กุมภาพันธ์ 2560 เวลา 08.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุมชั้น 2 อาคารเรียนและปฏิบัติการ คณะแพทยศาสตร์ 50 ปี

\*\*\*\*\*

1. ชื่อหน่วยงาน.....  
ที่อยู่.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร..... E-mail : .....

2. มีความประสงค์จัดส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุม จำนวน.....คน ตามรายชื่อ ดังนี้  
(1).....ตำแหน่ง.....  
(2).....ตำแหน่ง.....  
(3).....ตำแหน่ง.....

3. การชำระเงิน ผู้ประสงค์จะสมัครเข้าร่วมประชุม โปรดชำระเป็นเงินสด หรือโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์  
ธนาคาร ไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาคณะแพทยศาสตร์เชียงใหม่  
ชื่อบัญชี งานประชุมวิชาการ Palliative Care ครั้งที่ 8  
กระทำการแทนโดย นางพายุรี ชมภูแก้ว และนายณรงค์ชัย เพ็ญภิระกุล  
เลขที่บัญชี 407 - 549339 - 7  
ค่าลงทะเบียน ท่านละ 1,000 บาท จำนวน.....ท่าน รวมเป็นเงิน.....บาท

4. ออกใบเสร็จในนาม  
 ผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละท่าน  ชื่อหน่วยงาน (ระบุ).....

5. หน่วยงานที่มีความประสงค์จะนำเสนอโปสเตอร์ในงานประชุมวิชาการ ขอให้ดำเนินการจัดส่ง Abstract มาทาง  
E-mail: escmed6@gmail.com ภายในวันที่ 31 มกราคม 2560 โดยจัดพิมพ์ลงบนโปสเตอร์ ขนาดกว้าง 90 x ยาว  
180 เซ็นติเมตร

6. สถานที่จอดรถยนต์  
อาคารสวนดอกพาร์ค และอาคารศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ค่าบริการ 40 บาท/10 ชั่วโมง

7. การจองโรงแรมที่พัก (ผู้เข้าร่วมประชุม สามารถจองที่พักได้ด้วยตนเอง) ดังนี้

- สวนดอกไฮสเทล (053) 934511-4, 061-2879493 คีโนละ 1,200 บาทรวมอาหารเช้า
- สำนักบริการวิชาการ UNISERV, CMU (053) 942881-5 คีโนละ 800 บาทรวมอาหารเช้า

กรุณาส่งแบบตอบรับ พร้อมสำเนาใบโอนเงิน มาที่ E-mail: escmed6@gmail.com ภายในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2560