

แบบตอบรับเข้าสัมมนา

การประชุมสัมมนาวิชาการเรื่อง
ดุลยภาพบำบัดเพื่อความเจ็บปวดและเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

Equilibropathy for an affordable national healthcare

ระหว่างวันที่ 13 – 14 พฤศจิกายน 2557

ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น

1. ข้อมูลผู้สมัคร (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

ชื่อ (นาย / นาง / น.ส.) นามสกุล.....
ชื่อ – สกุล (ภาษาอังกฤษ).....
อายุ.....ปี อาชีพ.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
ชื่อในการออกไปเสิร์จ.....
ที่อยู่ออกไปเสิร์จ เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
E-Mail:

2. ค่าลงทะเบียน คนละ 2,500 บาท (รวมอาหารกลางวันและอาหารว่าง)

3. อาหาร ปกติ มุสลิม มังสวิรัติ

4. วิธีการชำระเงิน : กรุณาโอนเงินล่วงหน้าก่อนการสัมมนา 7 วัน

ชื่อบัญชี มูลนิธิดุลยภาพบำบัดเพื่ออายุและสุขภาพ

บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาท่าพระ เลขที่ 017 2 50824 -3

กรุณาแฟกซ์ Pay-in พร้อมระบุชื่อ -นามสกุล (ผู้ร่วมสัมมนา)

5. กรุณาส่งแบบตอบรับที่

มูลนิธิดุลยภาพบำบัดเพื่ออายุและสุขภาพ ในพระอุปถัมภ์ฯ

214 ถนนบางแวก แขวงบางแวก เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ 10160

โทร. 02 865 8114-6, 02 410 4283 โทรสาร. 02 865 8111

E-mail : drladavan@gmail.com

หมดเขตรับสมัครเข้าร่วมสัมมนา ณ วันศุกร์ที่ 7 พฤศจิกายน 2557

พิเศษ จำนวนจำกัด สำหรับผู้ที่ลงทะเบียนก่อน 50 ท่านแรกเท่านั้น

ท่านมีสิทธิเข้าร่วมสัมมนาเชิงปฏิบัติการดุลยภาพบำบัด ณ บ้านสวนสหคลินิก **ฟรี**

ในวันเสาร์ที่ 15 พฤศจิกายน 2557 เวลา 9.00 – 12.00 น.

โปรดแจ้งความประสงค์ของท่าน หากท่านเป็น 1 ใน 50 ท่านแรก ท่านจะ เข้าร่วม ไม่เข้าร่วม