



แบบฟอร์มตอบรับการเข้าร่วมอบรม  
Intensive Nephrology Board Review 2020

แบบ virtual

ข้าพเจ้า (นพ./ พญ.) .....หน่วยงาน/สถาบัน .....

อายุรแพทย์โรคไต

กุมารแพทย์โรคไต

เลขประกอบวิชาชีพ ..... **\*\*เลขบัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก)** .....

เบอร์โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้ ..... Email: .....

**อัตราค่าลงทะเบียน ราคา 8,000.- บาท ( อบรมจำนวน 6 วัน ) ดังนี้**

- ครั้งที่ 1 วันที่ 3 – 4 ตุลาคม พ.ศ. 2563
- ครั้งที่ 2 วันที่ 7 – 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563
- ครั้งที่ 3 วันที่ 19 – 20 ธันวาคม พ.ศ. 2563

**วิธีการชำระเงิน**

1. ชำระเงินสด หรือ แคชเชียร์เช็ค ได้ที่ สำนักงาน “สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย”
2. ชื้อแคชเชียร์เช็คส่งจ่ายในนาม “สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย” พร้อมทั้งส่งแบบฟอร์มการลงทะเบียน และแคชเชียร์เช็ค มาทางไปรษณีย์
3. **แพทย์จากต่างจังหวัด** กรุณาซื้อ Draft (ได้ทุกธนาคาร) ส่งจ่ายในนาม “สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย” **พร้อมทั้งส่งแบบฟอร์มการลงทะเบียน และ Draft มาทางไปรษณีย์**

**ที่อยู่ในการจัดส่งแคชเชียร์เช็ค และ Draft**

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ชั้น 4

2 ซอย ศูนย์วิจัย ถนน เพชรบุรีตัดใหม่ 47

แขวงห้วยขวาง เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10310

ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ คุณสุตาพร ฤทธิโรจน์ (แอม)

โทรศัพท์ 02-716-6091, 02-718-1898

Email: [kidney@loxinfo.co.th](mailto:kidney@loxinfo.co.th)

[www.nephrothai.org](http://www.nephrothai.org)