

แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุมโครงการประชุมวิชาการ

เรื่อง “โสมิโอพาทีย์ : ทางเลือกรักษาโรค ครั้งที่ 5

วันที่ 30 มกราคม - 3 กุมภาพันธ์ 2555 ณ โรงแรมนันทบุรีพาเลส จังหวัดนนทบุรี

คำนำหน้าชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง)

ตำแหน่งสถานที่ทำงาน

เลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล

อำเภอจังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์/โทรสาร.....มือถือ.....

E-Mail

● อัตราค่าลงทะเบียน

- ค่าลงทะเบียนท่านละ 4,000 บาท (ภายในวันที่ 15 มกราคม 2555)
- ค่าลงทะเบียนท่านละ 4,500 บาท (หลังจากวันที่ 15 มกราคม 2555)

หมายเหตุ

ค่าลงทะเบียนนี้รวมค่าอาหารกลางวัน 1 มื้อและอาหารว่าง 2 มื้อ อุปกรณ์ประกอบการอบรมและชุดยาโสมิโอพาทีย์ 15 ตำรับ เพื่อรักษาแบบปฐมภูมิ (สงวนสิทธิ์เฉพาะผู้เข้าร่วมการอบรมไม่น้อยกว่า 4 วัน)

● การชำระค่าลงทะเบียน

- โอนผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขากระทรวงสาธารณสุข

ชื่อบัญชี สมาคมโสมิโอพาทีย์ประเทศไทย เพื่อโครงการอบรมทั่วไป เลขที่บัญชี 340-218220-2

● รับสมัครตั้งแต่วันนี้จนถึงวันที่ 25 มกราคม 2555

รับจำนวนจำกัด 100 ท่าน สงวนสิทธิ์สำหรับผู้สมัครก่อน

● FAX ใบสมัครและสำเนาการโอนเงิน (กรุณาเก็บต้นฉบับมาส่งในเจ้าหน้าที่หน้างานวันอบรมด้วยคะ)

ส่งใบสมัครและใบโอนเงินมาที่ คุณสายฝน ทองดี สำนักงานแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

เบอร์ FAX 02-9659195 , 025800443

(กรณีผู้สมัครอยู่หน่วยงานราชการ กรุณานำหนังสือขออนุมัติเดินทางไปราชการครั้งนี้มาด้วย จะเป็นพระคุณ)