

แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุมโครงการประชุมวิชาการ
เรื่อง “การแพทย์โฮมีโอพาธี : ทางเลือกดูแลตนเองและครอบครัว ครั้งที่ 15
ระหว่างวันที่ 10 - 12 กุมภาพันธ์ 2563
ณ ห้องประชุมบอลรูม ซี ชั้น 2 โรงแรมมารวยการ์เด็น กรุงเทพมหานคร

คำนำหน้าชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง).....

ตำแหน่ง

สถานที่ทำงาน

เลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล

อำเภอจังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์/โทรสาร.....

มือถือ..... E-Mail.....

หมายเหตุ

ค่าลงทะเบียนนี้รวมค่าอาหารกลางวัน 1 มื้อและอาหารว่าง 2 มื้อ เอกสารประกอบการอบรม 3 เล่ม และชุดยาโฮมีโอพาธี 16 ตารับ เพื่อการรักษาแบบปฐมภูมิ (สงวนสิทธิ์เฉพาะผู้เข้าร่วมการอบรม 3 วันเต็ม)

อัตราค่าลงทะเบียน

- ค่าลงทะเบียนท่านละ 5,000 บาท (หมดเขตวันที่ 31 มกราคม 2563)

การชำระค่าลงทะเบียน

- โอนผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขากระทรวงสาธารณสุข ชื่อบัญชี สมาคมโฮมีโอพาธี ประเทศไทยเพื่อโครงการอบรมทั่วไป เลขที่บัญชี **340 – 218220 - 2**

รับสมัครตั้งแต่วันนี้ จนถึงวันที่ 31 มกราคม 2563 รับจำนวนจำกัด 100 ท่าน สงวนสิทธิ์สำหรับผู้สมัครก่อน

กรอกใบสมัครที่แนบและส่งพร้อมสำเนาการโอนเงินมาที่

- Email : chanamonxm0326@gmail.com หรือ FAX ใบสมัครและสำเนาการโอนเงิน มาที่ โทรสาร 02 – 149 – 5637 หรือ **ส่งทางไปรษณีย์** มาที่ คุณปราณี ลิ้มปวีร์วรรณ กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยฯ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 (สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทร 063 – 412 – 6825)