

แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุมโครงการประชุมวิชาการ

เรื่อง “โฮมีโอพาธี : ทางเลือกรักษาโรค ครั้งที่ 6

วันที่ 7 - 11 มกราคม 2556 ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค จังหวัดกรุงเทพมหานคร

คำนำหน้าชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง)

ตำแหน่งสถานที่ทำงาน

เลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล

อำเภอจังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์/โทรสาร.....มือถือ.....

E-Mail

● อัตราค่าลงทะเบียน

- ค่าลงทะเบียนท่านละ 5,000 บาท (ภายในวันที่ 10 ธันวาคม 2555)

- ค่าลงทะเบียนท่านละ 5,500 บาท (หลังจากวันที่ 10 ธันวาคม 2555)

หมายเหตุ

ค่าลงทะเบียนนี้รวมค่าอาหารกลางวัน 1 มื้อและอาหารว่าง 2 มื้อ อุปกรณ์ประกอบการอบรมและชุดยาโฮมีโอพาธี 16 ตำรับ เพื่อรักษาแบบปฐมภูมิ (สงวนสิทธิ์เฉพาะผู้เข้าร่วมการอบรมไม่น้อยกว่า 4 วัน)

● การชำระค่าลงทะเบียน

- โอนผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขากระทรวงสาธารณสุข

ชื่อบัญชี สมาคมโฮมีโอพาธีประเทศไทย เพื่อโครงการอบรมทั่วไป เลขที่บัญชี 340-218220-2

● รับสมัครตั้งแต่วันนี้จนถึงวันที่ 6 มกราคม 2556

รับจำนวนจำกัด 100 ท่าน สงวนสิทธิ์สำหรับผู้สมัครก่อน

● FAX ใบสมัครและสำเนาการโอนเงิน (กรุณาเก็บต้นฉบับมาส่งในเจ้าหน้าที่หน้างานวันอบรมด้วยคะ)

ส่งใบสมัครและใบโอนเงินมาที่ คุณกรรณิการ์ แก้วสุยะ สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000

เบอร์ FAX 02-9659195 , 025800443

(กรณีผู้สมัครอยู่หน่วยงานราชการ กรุณานำหนังสือขออนุมัติเดินทางไปราชการครั้งนี้มาด้วย จะเป็นพระคุณ)