

## ใบลงทะเบียนแพทย์ / พยาบาล

เลขสมาชิก.....

วันที่ .....

ชื่อ ..... นามสกุล .....

โรงพยาบาล..... ที่อยู่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัส..... โทรศัพท์มือถือ.....

ลงชื่อ .....

( )

หมายเหตุ : กรุณากรอกชื่อ-นามสกุล การลงทะเบียน เป็นภาษาอังกฤษ เท่านั้น

อัตราค่าลงทะเบียน	ลงทะเบียน ก่อนวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2560	ลงทะเบียน หลังวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2560
<input type="radio"/> แพทย์ผู้โรที่เป็นสมาชิก	4,000 บาท	4,500 บาท
<input type="radio"/> แพทย์ทั่วไป	5,000 บาท	5,500 บาท
<input type="radio"/> พยาบาล	2,500 บาท	3,000 บาท
<input type="radio"/> แพทย์สมาชิกผู้โรที่ อายุเกิน 60 ปี	ยกเว้นค่าลงทะเบียน	ยกเว้นค่าลงทะเบียน
<input type="radio"/> แพทย์ประจำบ้าน		

(หมดเขตรับสมัครลงทะเบียน ภายในวันที่ 17 มีนาคม 2560)