



สมาคมศิษย์แพทย์ระบบนรีเวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์  
ประชุมวิชาการ ประจำปี 2560 (ครั้งที่ 29)

## การสำรองห้องพัก

วันที่ .....

ชื่อ ..... นามสกุล .....  
โรงพยาบาล..... ที่อยู่.....  
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัส..... โทรศัพท์มือถือ.....

ลงชื่อ .....  
( )

หมายเหตุ : กรุณากรอกชื่อ-นามสกุล การสำรองห้องพัก เป็นภาษาอังกฤษ เท่านั้น

The Zign Hotel	ราคา 1 คืน / 1 ห้อง	จำนวน	Check - in	Check - out
Superior Room	2,800 บาท	..... ห้อง		

หมายเหตุ

1. หยอดเช็คการสำรองห้องพัก **ภายในวันที่ 10 มีนาคม 2560**
2. หยอดเช็คการเปลี่ยนแปลงวัน Check-in, Check-out **ภายในวันที่ 22 มีนาคม 2560**
3. กรณีที่ท่านไม่สามารถเข้าพักตามวัน เวลาที่ระบุไว้ได้ ทางโรงแรมขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าห้องพัก