

แบบฟอร์มลงทะเบียน [REGISTRATION FORM]

งานประชุมวิชาการนานาชาติ 6th Asia Pacific AKI CRRT Conference 2025

วันที่ 2 - 4 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ณ Eastin Grand Hotel Phayathai, Bangkok

ข้อมูลผู้ลงทะเบียน [REGISTRANT INFORMATION]

☐ นักศึกษาแพทย์ /แพทย์ประจำบ้าน ☐ Fellow สาขาไต

☐ อายุรแพทย์โรคไต ☐ อายุรแพทย์ทั่วไป ☐ พยาบาล ☐ เภสัชกร ☐ อื่นๆ

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)

First Name-Last Name (English)

หน่วยงาน (ภาษาไทย)

Agency (English)

เลขประกอบวิชาชีพ แพทย์ / พยาบาล..... เบอร์มือถือ

Email:

อัตราค่าลงทะเบียน (Registration Category)

เลือก	ประเภทการลงทะเบียน	ค่าลงทะเบียน (ภายใน 31 ส.ค. 2568)	ค่าลงทะเบียน (1 ต.ค. 2568)	ค่าลงทะเบียนพนักงาน (2 - 4 ต.ค. 2568)
☐	Physician (NST or TSCCM member)	8,000.- บาท	9,000.- บาท	10,000.- บาท
☐	Physician (Non-NST or TSCCM member)	9,000.- บาท	10,000.- บาท	11,000.- บาท
☐	Physician In Training* (Resident / Fellow)	6,000.- บาท	7,000.- บาท	8,000.- บาท
☐	Nurses / Paramedics / Pharmacists / Allied Health	6,000.- บาท	6,000.- บาท	8,000.- บาท

หมายเหตุ: * Fellow/Residents จำเป็นต้องมีจดหมายรับรองจากหัวหน้าภาควิชา

ตัวเลือกเพิ่มเติม (Additional Options)

เลือก	รายการเพิ่มเติม	ค่าธรรมเนียมเพิ่มเติม
☐	With multimedia package	+1,500.- บาท
☐	POCUS Workshop (รับจำนวนจำกัด)	+1,000.- บาท

Meet the experts (จำกัดผู้เข้าร่วมเพียง 50 คนแรกต่อหนึ่งหัวข้อเท่านั้น กรุณาเลือกเข้าร่วมได้ 1 หัวข้อต่อวัน) **ฟรี**

Friday 3 October 2025	☐ Meet the expert 1	☐ Meet the expert 2	☐ Meet the expert 3
Saturday 4 October 2025	☐ Meet the expert 4	☐ Meet the expert 5	☐ Meet the expert 6

Main Workshop (ทุกท่านจำเป็นต้องเลือก) **ฟรี**

Workshop 1	☐ WS 1A	☐ WS 1B	☐ WS 1C	☐ WS 1D
Workshop 2	☐ WS 2A	☐ WS 2B	☐ WS 2C	☐ WS 2D
Workshop 3	☐ WS 3A	☐ WS 3B	☐ WS 3C	☐ WS 3D

ยอดรวม(บาท)



แบบฟอร์มลงทะเบียน [REGISTRATION FORM]

งานประชุมวิชาการนานาชาติ 6th Asia Pacific AKI CRRT Conference 2025

วันที่ 2 - 4 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ณ Eastin Grand Hotel Phayathai, Bangkok

ข้อมูลการชำระเงิน (PAYMENT INFORMATION)

รายละเอียด	ข้อมูล
ธนาคาร (Bank Name)	ธนาคารไทยพาณิชย์
ชื่อบัญชี (Account Name)	สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
เลขที่บัญชี (Account Number)	043-2-52079-9

ข้อมูลเพื่อใช้ในการออกใบเสร็จ (RECEIPT INFORMATION)

รายละเอียด	ข้อมูล
ชื่อบริษัท / หน่วยงาน (Company/Organization Name)	
ที่อยู่ (Address)	
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (Taxpayer Identification Number)	
ชื่อ - นามสกุล สำหรับจำหน่ายซอง (โปรดระบุ) (Recipient Name for Mailing Receipt)	
ชื่อบริษัท / หน่วยงาน (Company/Organization Name)	☐ ที่อยู่เดียวกับข้อความด้านบน

หมายเหตุ:

- ลงทะเบียนประเภทตัวเลือกเพิ่มเติม มีจำนวนจำกัด โปรดสอบถามข้อมูลกับเจ้าหน้าที่รับลงทะเบียนก่อนทำการจอง
- โปรดตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องก่อนส่งแบบฟอร์ม
- หากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อ คุณสุตาพร ฤทธิ์โรจน์ ที่อีเมล: [nst.staff2022@gmail.com] หรือ โทร: [02-716-6091]

ลงชื่อ (Signature): วันที่ (Date):