



แบบฟอร์มใบตอบรับการเข้าร่วมประชุม
การประชุมใหญ่ประจำปี ครั้งที่ 14
Easy Asthma & COPD Clinic Network
19-20 กุมภาพันธ์ 2561

ณ ห้องราชเทวี แกรนด์บอลรูม โรงแรมเอเชีย ก.พญาไท จ.กรุงเทพฯ

ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด.....

- ยินดีเข้าร่วมประชุม จำนวนท่าน และร่วมส่งผลงานเพื่อประกวด *Poster Presentation*
- ประเภทโรงพยาบาลชุมชน *Asthma* *COPD*
 - ประเภทโรงพยาบาลทั่วไป *Asthma* *COPD*

- ยินดีเข้าร่วมประชุม จำนวนท่าน และร่วมส่งผลงานเพื่อนำเสนอ (ประเภท *R2R*)
ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม(กรุณาระบุ 1= ปฏิบัติงานในคลินิก / 2 = ปฏิบัติงานที่ฉุกเฉิน)

1. ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทร.....ใบประกอบวิชาชีพ..... 1 2
2. ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทร.....ใบประกอบวิชาชีพ..... 1 2
3. ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทร.....ใบประกอบวิชาชีพ..... 1 2
4. ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทร.....ใบประกอบวิชาชีพ..... 1 2
5. ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทร.....ใบประกอบวิชาชีพ..... 1 2

- ยินดีเข้าร่วมประชุม จำนวน ท่าน แต่ไม่ส่งผลงานเข้าประกวด
ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม(กรุณาระบุ 1= ปฏิบัติงานในคลินิก / 2 = ปฏิบัติงานที่ฉุกเฉิน)

1. ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทร.....ใบประกอบวิชาชีพ..... 1 2
2. ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทร.....ใบประกอบวิชาชีพ..... 1 2
3. ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทร.....ใบประกอบวิชาชีพ..... 1 2
4. ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทร.....ใบประกอบวิชาชีพ..... 1 2
5. ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทร.....ใบประกอบวิชาชีพ..... 1 2

- หมายเหตุ : 1. **พิเศษ!** สำหรับผู้ส่งผลงานเข้าประกวด และส่งงานเพื่อนำเสนอ (ประเภท *R2R*) ส่งผลงาน 1 Poster ได้รับสิทธิ์ลงทะเบียนเข้าร่วมงานฟรี 1 ท่าน สำหรับผู้นำเสนอ
2. ค่าลงทะเบียนสำหรับผู้เข้าร่วมประชุม (ในกรณีโรงพยาบาลที่ไม่ส่งผลงานเข้าร่วมประกวด) ท่านละ 1,000 บาท ชำระค่าลงทะเบียนได้ที่ ชื่อบัญชี นายวัชรนา บุญสวัสดิ์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ออมทรัพย์ สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขบัญชี 551-2-92030-6

ส่งใบตอบรับเข้าร่วมประชุม พร้อมสลิปใบเสร็จ (ในกรณีที่ชำระค่าลงทะเบียน)
มาที่ email : eacc-network@hotmail.com