



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



ณ ห้องราชเทวี แกรนด์บอลรูม โรงแรมเอเชีย ถ.พญาไท จ.กรุงเทพฯ

ชื่อโรงพยาบาล : จังหวัด

ยินดีเข้าร่วมประชุม จำนวน ท่าน และร่วมส่งผลงาน**เพื่อประกวด** Poster Presentation

- ประเภทโรงพยาบาลชุมชน Asthma COPD

- ประเภทโรงพยาบาลทั่วไป Asthma COPD

ยินดีเข้าร่วมประชุม จำนวน ท่าน และร่วมส่งผลงาน**เพื่อนำเสนอ** (ประเภท R2R)

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม (กรุณาระบุตำแหน่งงาน 1 = ปฏิบัติงานในคลินิก / 2 = ปฏิบัติงานในแผนก หรือหน่วยงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน)

1. เบอร์ติดต่อ ตำแหน่งงาน 1 2

2. เบอร์ติดต่อ ตำแหน่งงาน 1 2

3. เบอร์ติดต่อ ตำแหน่งงาน 1 2

4. เบอร์ติดต่อ ตำแหน่งงาน 1 2

5. เบอร์ติดต่อ ตำแหน่งงาน 1 2

ยินดีเข้าร่วมประชุม จำนวน ท่าน **แต่ไม่ส่งผลงานเข้าประกวด**

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม (กรุณาระบุตำแหน่งงาน 1 = ปฏิบัติงานในคลินิก / 2 = ปฏิบัติงานในแผนก หรือหน่วยงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน)

1. เบอร์ติดต่อ ตำแหน่งงาน 1 2

2. เบอร์ติดต่อ ตำแหน่งงาน 1 2

3. เบอร์ติดต่อ ตำแหน่งงาน 1 2

4. เบอร์ติดต่อ ตำแหน่งงาน 1 2

5. เบอร์ติดต่อ ตำแหน่งงาน 1 2

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

ส่งใบตอบรับเข้าร่วมประชุม พร้อมสลิปใบเสร็จ (ในกรณีที่ชำระค่าลงทะเบียน)

มาที่ email : eacc-network@hotmail.com