

แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง "การแพทย์วิถีมุสลิมและการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม"

วันที่ 11-13 พฤศจิกายน พ.ศ.2551 เวลา 09.00 – 21.00 น.

ณ ห้องประชุมพญาธานี 2 โรงแรมเซาท์เทิร์นวิว อ.เมือง จ.ปัตตานี

ชื่อ-นามสกุล.....

ตำแหน่ง

สถานที่ติดต่อได้สะดวก

อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร

e-mail address :

1. การเข้าร่วมประชุม

สามารถเข้าร่วมประชุมได้

ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ แต่ส่งตัวแทน คือ

.....

ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

2. การเข้าพัก

ไม่ประสงค์จะเข้าพัก

ประสงค์จะเข้าพัก วัน ตั้งแต่วันที่ - พ.ย. 2551

หมายเหตุ ผู้จัดประชุมจัดให้พักคู่ ณ โรงแรมเซาท์เทิร์นวิว (กรณีผู้เข้าร่วมประชุมประสงค์จะพักเดี่ยว ทางผู้จัดจะรับผิดชอบค่าที่พักครั้งหนึ่ง)

3. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง :

- เดินทางโดยรถโดยสารประจำทาง (ผู้จัดประชุมจะออกค่าเดินทางให้ไม่เกินอัตราค่าเดินทางโดยรถปรับอากาศ VIP พร้อมแสดงกาทั่ว)
- เดินทางโดยเครื่องบิน (ผู้จัดจะออกค่าเดินทางให้ พร้อมแนบใบเสร็จรับเงิน)
- เดินทางโดยวิธีอื่นๆ (ผู้จัดประชุมจะออกค่าเดินทางให้ไม่เกิน จำนวนระยะทางไป-กลับ (กิโลเมตร) X 4 บาท)

4. โปรดส่งแบบฟอร์มนี้เพื่อยืนยันการเข้าร่วมประชุม ภายในวันที่ 7 พฤศจิกายน 2551 ทางโทรสาร ที่หมายเลข 074-451168 โดยสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณอิบรอฮิม สารีมาแซ โทรศัพท์ 074-451168, 01-5415227 , 083-5196412