

แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม
โครงการ การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อน
ระหว่างวันที่ ๑๙ - ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๗
ณ โรงแรมราชมิ่งคาสงขลาเมอร์เมด อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

๑. ชื่อ - สกุล
ตำแหน่ง
สังกัด
เบอร์โทรศัพท์ มือถือ

โทรสาร E - mail

๒. ห้องพัก ไม่ต้องกรอกห้องพัก

ต้องการให้ผู้จัดจองให้

เข้าพักวันที่ ออกจากห้องพักวันที่

.....

เข้าพักร่วมกับ สังกัด

.....

๓. อาหาร ปรกติ อิสลาม อื่นๆ

*

กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมายังโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ภายในวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๗

โทรศัพท์ (๐๗๔) ๔๖๘๓๙๕ / ๐๗๔ - ๔๖๗๔๕๓

โทรสาร (๐๗๔) ๔๖๗๔๘๐ / ๐๗๔ - ๔๖๘๓๙๔

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ (ค่าเบี้ยเลี้ยง / ค่ายานพาหนะ / ค่าที่พัก) ให้เบิกจ่าย
จากหน่วยงานต้นสังกัด