

ค่าลงทะเบียนการประชุม “ประชุมวิชาการเพื่อการพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล” วันที่ 5-6 สิงหาคม 2559

ติดหลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียน
ประชุมวิชาการเพื่อการพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล
วันที่ 5-6 สิงหาคม 2559

ชื่อ-นามสกุล.....หน่วยงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....มือถือ.....e-mail:.....

วันที่/เวลา โอนเงิน.....จำนวนเงินที่โอน.....ช่องทางการโอนเงิน.....

โปรดระบุการออกใบเสร็จรับเงิน ดังนี้

1. ออกใบเสร็จรับเงินในนามผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม
2. ออกใบเสร็จรับเงินในนามหน่วยงานต้นสังกัด