

ค่าลงทะเบียนการประชุมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรรมคลินิก ครั้งที่ 7/2560
“Advanced Pharmacotherapeutics II” วันที่ 9-13 มกราคม 2560

ติดหลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียน
การประชุมวันที่ 9-13 มกราคม 2560

ชื่อ-นามสกุล.....หน่วยงาน

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

วันที่/เวลา โอนเงิน.....จำนวนเงินที่โอน

ช่องทางการโอนเงิน.....

โปรดระบุการออกใบเสร็จรับเงิน ดังนี้

1. ออกใบเสร็จรับเงินในนามผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม
2. ออกใบเสร็จรับเงินในนามหน่วยงานต้นสังกัด

หมายเหตุ: เมื่อท่านชำระค่าลงทะเบียนแล้ว ขอให้ดูรายละเอียดการดำเนินการ Upload หลักฐานการโอนเงิน ในระบบลงทะเบียนออนไลน์