



Upcoming meeting

“Design Thinking: Unraveling Wicked Problems.”

งานประชุมวิชาการ 1/2558 : **6-7 กรกฎาคม 2558** / โรงแรม Centara Grand at Central World

6 กรกฎาคม 2558: โจทย์ทางทันตกรรมจัดฟัน ไม่ใช่จะราบรื่นเสมอไป เพื่อ design ทางออกอย่างชาญฉลาด งานนี้สมาคมฯ ขอแนะนำวิทยากรชั้นเทพ จากดินแดนโสม Prof. Kee-Joon Lee ท่านจบการศึกษา Ph.D. ด้านทันตกรรมจัดฟันจาก Yonsei University และเป็น visiting Scholar ให้กับ Children's Hospital of Philadelphia และยังเป็น Adjunct Professor ณ University of Pennsylvania และ Temple University

7 กรกฎาคม 2558: เพื่อให้การออกแบบวางแผนการรักษา เป็นไปอย่างเหมาะสม ได้แผนการรักษาที่เฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย งานนี้จึงรวบรวมวิทยากรไทยที่มีความสามารถขั้นสูงสุด ระดมกำลังกันนำเสนอข้อมูล ช่วยให้การออกแบบการรักษาสมบูรณ์ที่สุด

Pocket Note
ประชุมวิชาการ 1/2558
Design Thinking by Prof Kee-Joon Lee & Thai Speaker Team
6-7 กรกฎาคม 2558
Centara Grand (Central World ราชดำริ)
ลงทะเบียนแล้ว วันที่.....
ชำระโดย.....
จำนวนเงิน _____ ผู้รับ _____

7-8 ก.ค. 58 เชิญชมงานนิทรรศการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนฯ ของสมาคมฯ ณ ลาน Eden CTW จัดยิ่งใหญ่ร่วมภาคภูมิใจและประชาสัมพันธ์ พบคาราชื่อดังและสุนับริบของรางวัล สมาชิกและคนไข้ไม่ควรพลาด!

ใบลงทะเบียนประชุมวิชาการ 6-7 กรกฎาคม 2558

ชื่อ-สกุล.....
สมาชิกประเภท สามัญ สมทบ นักศึกษา ไม่ใช่สมาชิก สามัญอายุ60ปีขึ้นไป
ที่อยู่.....
โทร.....
e-mail.....เลขใบประกอบโรคศิลป์.....

ค่าลงทะเบียน	ภายใน 25 มิ.ย.	หลัง 25 มิ.ย.
สมาชิกรักศึกษาสาขาจัดฟัน	<input type="checkbox"/> 4,000	<input type="checkbox"/> 5,000
สมาชิกสมาคมฯ	<input type="checkbox"/> 5,000	<input type="checkbox"/> 6,000
สมาชิกสมทบ	<input type="checkbox"/> 5,001	<input type="checkbox"/> 6,001
ไม่ใช่สมาชิก	<input type="checkbox"/> 6,000	<input type="checkbox"/> 7,000

สมาชิกสามัญ อายุ 60 ปีขึ้นไป ลงทะเบียนฟรี กรุณากรอกข้อมูลสิ่งที่ฝ่ายทะเบียน

วิธีชำระค่าลงทะเบียน

- 1) ลงทะเบียน online ผ่านบัตรเครดิต ที่ www.thaiortho.org
- 2) เช็ค a/c payee only สั่งจ่าย “สมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย”
ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....
- 3) โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงเทพ สาขาคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
บัญชีสะสมทรัพย์ เลขที่บัญชี 046-7-01880-0
- 4) ชำระด้วยบัตรเครดิต โดยแฟกซ์ ให้กรอก credit card authorization ข้างขวา
ชำระโดยวิธี 2) - 4) ส่งใบลงทะเบียนและเช็ค หรือ เอกสารโอนเงิน ที่
ทพ. ปิยะธิดา จิตตานันท์ 31/53 ซ.ลาดพร้าว 23 จตุจักร กทม. 10900
สำหรับการโอนเงิน และ credit card แฟกซ์ที่ **02-513-1424** (รับแฟกซ์ 10.00-20.00 น.)
โทร. 081-426-4514

Credit card authorization

ชื่อบนบัตร.....
ชนิดบัตร VISA MASTERCARD
หมายเลขบัตร 16 หลัก
.....
วันหมดอายุ ____ / ____
หมายเลข 3 หลัก (ด้านหลังบัตร/ช่องลายเซ็น) ____
ข้าพเจ้าอนุญาตให้สมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย
ตัดเงินผ่านบัตรเครดิตของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าลงทะเบียน
ดังต่อไปนี้ จำนวนบาท
(.....)
ลายเซ็นตามบัตร.....
ลงวันที่.....

ติดต่อฝ่ายทะเบียน

ทพญ. ปิยะธิดา จิตตานันท์ 081-426-4514
ทพ. ธัชพันธุ์ พูลทวีเกียรติ์ 081-835-7283

สำหรับฝ่ายทะเบียน

Approval Code
Date