



ที่ สธ ๐๕๐๕.๐๑/ว๑๕๓๗

กรมการแพทย์แผนไทย  
และการแพทย์ทางเลือก  
กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๓ เมษายน ๒๕๖๐

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การประชุมวิชาการไทย-เชียงใหม่ ครั้งที่ ๑๐

เรียน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการประชุมวิชาการไทย-เชียงใหม่ ครั้งที่ ๑๐  
๒. ใบสมัครเข้าร่วมประชุม ฯ

ตามที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยสถาบันการแพทย์ไทย - จีน กำหนดจัดการประชุมวิชาการไทย-เชียงใหม่ ครั้งที่ ๑๐ ระหว่างวันที่ ๒๙-๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐ เวลา ๐๘.๓๐ น.-๑๖.๓๐ น. ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ สุขุมวิท ๑๑ กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนและการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างนักวิชาการไทยและจีน และเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนจีนในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาการรักษาโรคต่าง ๆ รวมทั้งเพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านวิชาการระหว่างไทยและจีนในการพัฒนาการแพทย์ดั้งเดิมให้ก้าวหน้าต่อไป นั้น

ในการนี้ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การประชุมวิชาการไทย-เชียงใหม่ ครั้งที่ ๑๐ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒ ต่อไป ทั้งนี้ เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ และค่าลงทะเบียนการประชุมวิชาการ จากหน่วยงานต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายปราโมทย์ เสถียรรัตน์)

รองอธิบดี รักษาการแทนอธิบดี  
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สถาบันการแพทย์ไทย-จีน

โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๗๖

โทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๗๗

ใบสมัครเข้าร่วมประชุมวิชาการไทย-เชียงใหม่ ครั้งที่ ๑๐  
ในระหว่างวันที่ ๒๙-๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐  
ณ ห้องคอนเวนชัน เอบี โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ สุขุมวิท ๑๑ กรุงเทพมหานคร

\*\*\*\*\*

(กรุณาพิมพ์หรือเขียนตัวบรรจง)

ชื่อ - นามสกุล (นาย/ นาง/ นางสาว).....อายุ.....ปี

อาชีพ ☐ แพทย์จีน ☐ แพทย์แผนปัจจุบัน(แพทย์ฝังเข็ม) ☐ แพทย์แผนปัจจุบัน

☐ นักศึกษา สาขา..... ☐ อื่น ๆ..... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(ถ้ามี).....

สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์โทรสาร.....E-mail address.....

ประเภทอาหาร ☐ ทั่วไป ☐ อิสลาม ☐ มังสวิรัติ/เจ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

การลงทะเบียน ก่อนวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๐

- ☐ แพทย์จีน แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ฝังเข็ม และผู้สนใจ เก็บค่าลงทะเบียน จำนวนเงิน ๒,๘๐๐ บาท
- ☐ นักศึกษา เก็บค่าลงทะเบียน จำนวนเงิน ๑,๐๐๐ บาท

การลงทะเบียน ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๐

- ☐ แพทย์จีน แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ฝังเข็ม และผู้สนใจ เก็บค่าลงทะเบียน จำนวนเงิน ๓,๕๐๐ บาท
- ☐ นักศึกษา เก็บค่าลงทะเบียน จำนวนเงิน ๑,๕๐๐ บาท

โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย ประเภทกระแสรายวัน เลขที่บัญชี ๑๔๒-๖-๐๐๘๑๕-๕

ชื่อบัญชี เงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรุณาส่งเอกสารมาที่ โทรสารหมายเลข ๐๒ ๑๔๙ ๕๖๗๗ หรือสแกนส่งอีเมลล์ [thaichinesemedicine@gmail.com](mailto:thaichinesemedicine@gmail.com)

ผู้ประสานงานโครงการ นางสาวฐิตารัตน์ ศุทธะชัยอนันต์ และ นางสาวสินีพร ดอนนาปี เบอร์โทร ๐๒ ๑๔๙ ๕๖๗๖

กรุณาติดเอกสารการโอนเงิน



## แบบฟอร์มการจองห้องพัก โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ

วันที่ทำการสำรองห้องพัก..... ชื่อหน่วยงาน/ชื่อกรุ๊ป..... ประชุมวิชาการ ไทย-เซียะไฮ้ ครั้งที่ 10 สถาบันการแพทย์ไทย-จีน.....  
ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....  
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) ☐ Mr. ☐ Ms. ☐ Mrs. ....  
ที่อยู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... อีเมลล์.....  
เข้าพักวันที่..... ออกวันที่..... จำนวน..... คืน  
พักคู่กับ..... เบอร์โทรศัพท์.....

### ราคาห้องพัก (รวมอาหารเช้า)

ติกเมนวนิ ห้องแสดนคาร์ด ☐ พักเดี่ยว ราคา 1,500.- บาท/คืน/ห้อง ☐ พักคู่ ราคา 1,600.- บาท/คืน/ห้อง  
ติกทาวเวอร์วิว ห้องซูพีเรีย ☐ พักเดี่ยว ราคา 2,000.- บาท/คืน/ห้อง ☐ พักคู่ ราคา 2,200.- บาท/คืน/ห้อง

### ขั้นตอนการสำรองห้องพัก

- เช็คห้องว่างที่ฝ่ายสำรองห้องพัก ที่เบอร์โทรศัพท์: 02-254-0444 ต่อ 1220-1224 หลังจากได้รับการยืนยันห้องว่างจากฝ่ายสำรองห้องพักแล้ว กรุณาส่งแฟกซ์หรืออีเมลล์เอกสารการจอง ที่โทรสาร: 02-254-7503 E-mail: [rsvbkk@amtel.co.th](mailto:rsvbkk@amtel.co.th) / [rsvmbkk@amtel.co.th](mailto:rsvmbkk@amtel.co.th)
- หลังจากได้รับการยืนยันการจองห้องพัก กรุณาชำระเงินมัดจำห้องพักอย่างน้อย 1 คืน โดยโอนเข้าบัญชีของโรงแรมตามรายละเอียดดังนี้  
- ธนาคารกรุงเทพ จำกัด สาขาบางกะปิ เลขที่บัญชี 105 3 21668 3 ส่งจ่ายในนาม “บริษัททวริน จำกัด”
- กรุณาส่งแฟกซ์หรืออีเมลล์เอกสารการจองพร้อมทั้งแนบสลิปการโอนเงินมาที่ฝ่ายสำรองห้องพัก หากไม่ชำระเงิน ตามวันและเวลาที่กำหนดไว้ ทางโรงแรมขอสงวนสิทธิ์ในการยกเลิกการจองโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า
- กรุณาถือใบจองนี้พร้อมทั้งสลิปการโอนเงินตัวจริงมาแสดงในวันเข้าพักด้วย เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการตรวจสอบ
- ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลง วันและเวลาเข้าพัก กรุณาแจ้งให้ฝ่ายสำรองห้องพักทราบล่วงหน้า อย่างน้อย 3 วัน
- ในกรณีที่ผู้เข้าพักไม่มาเข้าพักตามวันและเวลาที่ได้สำรองห้องพักไว้ ทางโรงแรมขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินมัดจำห้องพัก
- ในกรณียกเลิกการจองห้องพัก ต้องแจ้งยกเลิกภายใน 7 วัน ( มิฉะนั้นทางโรงแรมขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินมัดจำห้องพัก)
- กรุณาสำรองห้องพักภายในวันที่ ...22 มิถุนายน พ.ศ 2560..... และชำระเงินภายในวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ 2560.....  
หากสำรองห้องพักและชำระเงินล่าช้ากว่าที่ทางโรงแรมกำหนดไว้ ทางโรงแรมสามารถยกเลิกการจองห้องพักได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และขอสงวนสิทธิ์การไม่คืนเงินค่าห้องพักดังกล่าว

### สำหรับเจ้าหน้าที่โรงแรมเท่านั้น

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| หมายเลขยืนยันการจองห้องพัก  |  |
| เจ้าหน้าที่ฝ่ายสำรองห้องพัก |  |
| วันที่รับจอง                |  |

ติด Slip การโอนเงิน ที่นี่