



ประกาศ

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย

เรื่อง เลื่อนการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 31

สืบเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในขณะนี้ซึ่งยังไม่สามารถคาดการณ์ได้ เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของโรค และเพื่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี 2563 ซึ่งกำหนดจัด Pre-congress workshop ในวันที่ 13 พฤษภาคม 2563 และประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 31 ระหว่างวันที่ 14-15 พฤษภาคม 2563 ณ ห้องวิภาวดีบอลรูม โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลพลาซ่าลาดพร้าว กรุงเทพฯ นั้น

คณะกรรมการบริหารสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทยได้พิจารณาแล้ว จึงมีมติเห็นควรให้เลื่อนการประชุมวิชาการประจำปี 2563 โดยจะจัด Pre-congress workshop ในวันที่ 25 ตุลาคม 2563 และประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 31 ระหว่างวันที่ 26-27 ตุลาคม 2563 ณ ห้องวิภาวดีบอลรูม โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลพลาซ่าลาดพร้าว กรุงเทพฯ

ประกาศ ณ วันที่ 23 มีนาคม 2563

(รศ.ดร.ชญ. จุฑามณี สุทธิสิทธิ์)

นายกสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ : สำหรับผู้ที่ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมแล้วไม่สะดวกเข้าร่วมประชุมตามกำหนดการประชุมใหม่สามารถติดต่อเจ้าหน้าที่สมาคมฯ เพื่อขอรับค่าลงทะเบียนคืนได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 02-7167010 หรือ 081-1707010



แบบฟอร์มขอคืนค่าลงทะเบียนการประชุมวิชาการที่จัดโดยสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย

เรียน สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้า ชื่อ สกุล

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ เบอร์โทรศัพท์ e-mail

บ้านเลขที่/สถานที่ทำงาน ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

● มีความประสงค์จะขอคืนค่าลงทะเบียนการประชุมวิชาการที่จัดโดยสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย

ชื่อการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 31st TASP Annual Scientific Meeting 2020 ซึ่งจะจัดระหว่างวันที่ 13 - 15 พฤษภาคม 2563 ณ โรงแรม เซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลพลาซ่า ลาดพร้าว กรุงเทพฯ

โดยข้าพเจ้าสมัครเข้าร่วมการประชุมวิชาการในฐานะ

Pre-Congress Workshop (2,500 บาท)

Member of TASP (3,500 บาท)

Non-Member (4,000 บาท)

ในการนี้ข้าพเจ้าได้นำส่งเอกสารหลักฐาน ดังนี้

1. หลักฐานการโอนเงิน

2. เลขที่บัญชีธนาคารที่ประสงค์ให้โอนเงินคืน ธนาคาร.....เลขที่บัญชี.....

ชื่อบัญชี.....ประเภทบัญชี.....

*** หมายเหตุ : ชื่อบัญชีธนาคารต้องตรงกับผู้ลงทะเบียน หรือชื่อบริษัทผู้สนับสนุนผู้เข้าร่วมประชุม หรือชื่อบัญชีที่ทำการจ่ายเงินให้สมาคมฯ ตามหลักฐานการโอนเงิน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการตามความเหมาะสมต่อไป

ลงชื่อ ผู้ขอรับเงินคืน/ตัวแทนบริษัทผู้สนับสนุนผู้เข้าร่วมประชุม

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย ได้รับเอกสารแสดงความจำนง เมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ.

ลงชื่อ (ผู้รับเอกสาร)

(.....)

● กรุณาส่งแบบฟอร์มแสดงความจำนงมายังสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย ทาง e-mail: pain.tasp@gmail.com หรือ info@tasp.or.th

● กรุณาส่งแบบฟอร์มภายในวันที่ 30 เมษายน 2563 เพื่อให้สำนักงานรวบรวมรายชื่อทั้งหมดเพื่อขออนุมัติตามระเบียบการเงินในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารฯ ในเดือนพฤษภาคม 2563 หลังจากนั้นจะดำเนินการโอนเงินค่าลงทะเบียนคืนภายในวันที่ 31 พฤษภาคม 2563