



บริษัท บางกอก เมดิคอล ซอฟต์แวร์ จำกัด (สำนักงานใหญ่)
เลขที่ 2 ชั้น 2 ซ.สุขสวัสดิ์ 33 แขวง/เขต ราษฎร์บูรณะ กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2427-9991 โทรสาร 0-2873-0292
เลขที่ประจำผู้เสียภาษี 0105548152334

ใบสมัครเข้าร่วมการประชุมวิชาการ HOSxP ประจำปี 2562

เรื่อง “Smart Hospital and Smart Healthcare by HOSxP”

ณ โรงแรมฮอลิเดย์ อินน์ แอนด์ สวีท ระยอง ซิตี้เซ็นเตอร์ จังหวัดระยอง

กรุณารอกข้อมูลให้ชัดเจนและครบถ้วน ด้วยลายมือบรรจง เพื่อความถูกต้องในการออกใบเสร็จและการติดต่อกลับ
โรงพยาบาล _____ เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน _____
ชื่อ-นามสกุล ผู้ดูแลระบบ _____ เบอร์โทรศัพท์ผู้ประสานงาน _____
อีเมล _____ ปีที่เริ่มใช้โปรแกรม BMS-HOSxP พ.ศ. _____

รายละเอียดผู้เข้าร่วมอบรม

ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน	หมายเลขโทรศัพท์/E-mail
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

อาหาร : ☐ สากล _____ ที่ ☐ อิสลาม _____ ที่ ☐ มังสวิรัติ _____ ที่
ท่านทราบข่าวการอบรมจากที่ใด ☐ LINE@ ☐ E-mail ☐ จดหมาย
☐ Website ☐ Facebook Team ☐ อื่นๆ(ระบุ) _____

โอนเงินผ่าน : ธนาคารกสิกรไทย ชื่อบัญชี บริษัท บางกอก เมดิคอล ซอฟต์แวร์ จำกัด สาขาบางปะกอก บัญชีออมทรัพย์
เลขที่บัญชี 079-2-15318-8

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ _____

การชำระเงิน : วันที่แจ้งชำระเงิน _____

หมายเหตุ : ช่องทางการส่งใบสมัครและหลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียน กรุณาส่งกลับมาที่

E-mail : bms-training@hotmail.com ทางบริษัทฯ จะติดต่อกลับทันที เมื่อได้รับอีเมลเรียบร้อยแล้ว

: กรณีผู้สมัครไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ กรุณาแจ้งยกเลิกล่วงหน้าก่อนวันอบรมอย่างน้อย 1 สัปดาห์

มิฉะนั้นทางบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าลงทะเบียน

ผู้รับผิดชอบการอบรม : 1. คุณปณณพพร มลิณทากาศ (แมงมุม) เบอร์ติดต่อ 086-312-7346
2. คุณธนิศา สายวาริ (น้องโซเฟีย) เบอร์ติดต่อ 086-312-7347
3. คุณสุตารัตน์ เข้าวันดี (อู๋) เบอร์ติดต่อ 093-241-9969

สำหรับเจ้าหน้าที่ BMS : ☐ ติดต่อกลับเมื่อได้รับใบสมัคร ☐ ให้ข้อมูลการจองที่พักกับลูกค้าเรียบร้อยแล้ว
☐ Confirm รายละเอียดการออกใบเสร็จ ☐ ติดตามการชำระเงิน
☐ อื่นๆ _____

วันที่ลูกค้าชำระเงินจริง _____