



สธ ๐๓๑๘ / ๕๓๙

คณะเทคนิคการแพทย์
เลขรับ.....5๙2
วันที่.....๒4.11.๕7.....น.
เวลา.....14.30.....น.

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๕๒๐ / ๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอแจ้งขยายเวลารับสมัครผู้เข้าร่วมประชุมและขอความร่วมมือส่งผลงานโปสเตอร์ / นำเสนอผลงานในการประชุมสัมมนาวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๐

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลจังหวัด / คณบดีคณะแพทยศาสตร์ / คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ / ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/หัวหน้าภาควิชา/ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย/ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์/หัวหน้ากลุ่มงาน/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/หัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ

อ้างถึง หนังสือสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่ สธ ๐๓๑๘/๑๐๙๕๕ และ ที่ สธ ๐๓๑๘/๑๐๙๕๔ ลงวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๕๗

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการประชุมสัมมนาวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๐
๒. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุมสัมมนาวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๐
๓. ใบตอบรับเข้าร่วมนำเสนอผลงานในการประชุมสัมมนาวิชาการธาลัสซีเมีย ครั้งที่ ๒๐
๔. ใบจองห้องพักโรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น

ตามที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้ขอเชิญท่านและบุคลากรในหน่วยงานท่านเข้าร่วมประชุมสัมมนาวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๐ "Action Plan for Thalassemia" ในวันที่ ๑๗-๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๗ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น และเสนอผลงานวิจัยหรือการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อการประชุมตามความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

เพื่อให้การประชุมดังกล่าวเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้เข้าร่วมประชุม และผู้เสนอผลงาน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จึงขอแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการประชุมสัมมนาวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๐ เพิ่มเติมดังนี้

- ขยายเวลารับสมัครผู้เข้าร่วมประชุม จากเดิม ปิดรับสมัครวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๗ ยืดเวลาออกไปจนถึงวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ หรือปิดรับสมัครเมื่อผู้เข้าร่วมประชุมครบจำนวน ๔๕๐ คน
- เดือนที่แจ้งจัดประชุมมีความคลาดเคลื่อนในหนังสือที่ สธ ๐๓๑๘/๑๐๙๕๕ จากเดิม วันที่ ๑๗-๑๙ สิงหาคม ๒๕๕๗ ขอแจ้งเป็น เดือน ธันวาคม ๒๕๕๗ ขอความร่วมมือให้ส่งผลงานเข้าร่วมประชุมตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบต่อไป ด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน คณบดี

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ให้คณบดีท่านใดที่สนใจ โทร

๐๒๖/๒๕๖๑ ๐๒๖/๒๕๖๑ ๐๒๖/๒๕๖๑

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม

31/10/57

ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๒ / ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔

โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)

๑, ๕๕๕๕

ร่างกำหนดการประชุมสัมมนาวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๐ ประจำปี ๒๕๕๗

“Action Plan for Thalassemia”

วันที่ ๑๗ - ๑๙ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น ถนนวิภาวดีรังสิต กรุงเทพมหานคร

๑๗ ธันวาคม ๒๕๕๗

Pre-Congress Symposium

ห้องประชุมแกรนด์ เอบี

เวลา ๑๑.๐๐ น. - ๑๒.๐๐ น. ลงทะเบียนรับเอกสาร

เวลา ๑๒.๐๐ น. - ๑๓.๐๐ น. รับประทานอาหารกลางวัน

ประธาน ศาสตราจารย์เกียรติคุณพลโทแพทย์หญิงทิพย์ ศรีไพศาล

ประธานร่วม แพทย์หญิงวันดี นิงสานนท์

เวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น. Symposium “Burden in Thalassemia”

- Clinical Management
รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- Economic Aspects
ศาสตราจารย์นายแพทย์ ดร. ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
- Prevention
รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชนนทร์ วนาภิรักษ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- Social and family
โดย คุณชุตติกร พูลทรัพย์ ผู้แทนจากชมรมผู้ป่วยธาลัสซีเมีย
คุณอรินทร บัจฉิมพิงค์
- Nurse Perspective
คุณดวงรัตน์ แสงพรายพรรณ (พยาบาลประจำคลินิกให้เลือด ศิริราชพยาบาล)
- รองศาสตราจารย์คลินิก แพทย์หญิงศิริภรณ์ สวัสดิ์วร ผู้ดำเนินการอภิปราย

หมายเหตุ เวลา ๑๕.๕๐ น. - ๑๖.๐๐ น. ชักถามและอภิปราย

๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๗

ห้องประชุมแกรนด์ เอบีซี

เวลา ๐๗.๓๐ น. - ๐๘.๓๐ น. ลงทะเบียนรับเอกสารและกระเป๋าเอกสาร

เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๐๙.๐๐ น. พิธีเปิดการประชุม

กล่าวรายงาน โดย ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กล่าวเปิดงาน โดย อธิบดีกรมการแพทย์

ประธาน นายแพทย์ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล

ประธานร่วม นายแพทย์อุดม เชาวรินทร์

เวลา ๐๙.๐๐ น. - ๑๐.๑๕ น. Symposium “Country Action Plan for Thalassemia Prevention, Is It Possible?”

- Voice from the policy maker

- To Do or Not To Do, it is the question.
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุ๋นใจ กอนันตกุล
- Voice from the Doctor
นายแพทย์ชินทร์ ลิ้มวงศ์
- Voice from the Payer
นายแพทย์กฤษ ลิ้มทองอิน สปสช
- แพทย์หญิงจิตสุดา บัวขาว ผู้ดำเนินการอภิปราย

เวลา ๑๐.๑๕ น. - ๑๐.๓๐ น. พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม

ประธาน ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงคุณหญิงสุดสาคร ตูจันทา

ประธานร่วม ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา

เวลา ๑๐.๓๐ น. - ๑๑.๑๕ น. ปาฐกถาเกียรติยศ “สุดสาคร ตูจันทา”

กล่าวแนะนำวิทยากร โดย ศ.เกียรติคุณแพทย์หญิงภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา

“Iron in Thalassemia”

โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงท่านผู้หญิงเพ็ญศรี ภูตระกูล

ประธาน ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ต่อพงศ์ สงวนเสริมศรี

ประธานร่วม นายแพทย์เกศดา จันทรัสว่าง

เวลา ๑๑.๑๕ น. - ๑๒.๑๕ น. Symposium “Thalassemia CPG: What’s new in 2014”

Diagnosis : รองศาสตราจารย์พันเอก(พิเศษ) นายแพทย์กิตติ ต่อจรัส

Blood : ศาสตราจารย์นายแพทย์พลภัทร โรจนครินทร์

การให้ยาขับเหล็ก : ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์นพดล ศิริธนารัตนกุล

แพทย์หญิงอรุณทัย มีแก้วกฤษ ผู้ดำเนินการอภิปราย

เวลา ๑๒.๑๕ น. - ๑๓.๓๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน (นำชม Poster ผลงานทางวิชาการ)

เวลา ๑๓.๓๐ น. - ๑๔.๓๐ น. การนำเสนอผลงานทางวิชาการ (Oral presentations)

ห้องประชุม เอ ประธาน ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงปราณี สุจริตจันทร์

ประธานร่วม นายแพทย์ธวัชชัย สุวรรณบรรณ

ห้องประชุม บี ประธาน รองศาสตราจารย์นายแพทย์ธัญชัย สุระ

ประธานร่วม นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร

ห้องประชุม ซี ประธาน ดร.ปราณี พู่เจริญ

ประธานร่วม นางสาวสิริภากร แสงกิจพร

เวลา ๑๔.๓๐ น. - ๑๕.๐๐ น. พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม

ประธาน รองศาสตราจารย์นายแพทย์ธัญชัย สุระ
ประธานร่วม แพทย์หญิงรัตโนทัย พลับรูการ

เวลา ๑๕.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น. 360 Degree for Thalassemia Management

- Current recommendation for vaccination
โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงวนัทปรียา พงษ์สามารถ
- Nutritional Therapy for Thalassemia
โดย ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอรุณี เจตศรีสุภาพ
- Systemic Complication and management for thalassemia
โดย นายแพทย์ชัชวาลย์ นาคะเกษ
- แพทย์หญิงพรพรรณ ศรีพรสวรรค์ ผู้ดำเนินการอภิปราย

๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๗

เวลา ๐๘.๐๐ น.- ๐๘.๕๕ น. Meet the Experts

ห้องประชุม เอ: Action for Thalassemia Management

โดย รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วิปร วิประกษิต

ห้องประชุม บี: Action for Prevention Control

โดย นายแพทย์ชนินทร์ ลิ้มวงศ์

ห้องประชุม ซี: Action Plan for Laboratory

โดย รองศาสตราจารย์ ดร. สุพรรณ พูเจริญ

ห้องประชุมแกรนด์ เอบีซี

ประธาน ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอรุณี เจตศรีสุภาพ

ประธานร่วม รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ

เวลา ๐๙.๐๐ น. - ๑๒.๐๐ น. Symposium: ก้าวสู่บริการที่เป็นเลิศสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมียในประเทศไทย

โดย แพทย์หญิงมนทนา จันทนนิม

รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วีรวิทย์ ปิยะมงคล

ศาสตราจารย์นายแพทย์สุรเดช หงส์อิง

แพทย์หญิงอรุโณทัย มีแก้วกฤษ

แพทย์หญิงสร้อยสอางค์ พิกุลสด

รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วิปร วิประกษิต ผู้ดำเนินการอภิปราย

เวลา ๑๒.๐๐ น. - ๑๓.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม เวลา 10.45 น.

ห้องประชุมแกรนด์ เอปี้ซี

ประธาน รองศาสตราจารย์คลินิกแพทย์หญิงวารุณี จินารัตน์

ประธานร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงกลีบสไบ สรรพกิจ

เวลา ๑๓.๐๐ น. – ๑๔.๑๕ น. Symposium “How best to embrace technical advances in Thalassemia”

Gene therapy นายแพทย์กฤษณพงษ์ มโนธรรม รพ. เลิดสิน

Newborn Screening รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วิพร วิประกษิต

Ideal comprehensive Thalassemia care unit ศาสตราจารย์นายแพทย์สุทัศน์ พุเจริญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสมใจ กาญจนางค์กุล ผู้ดำเนินการอภิปราย

เวลา ๑๔.๑๕ น. – ๑๔.๔๕ น. - พิธีแจกรางวัลผลงานวิจัยดีเด่น และผลงานวิจัยยอดเยี่ยม

โดย ประธานมูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียฯ

- พิธีรับมอบหน้าที่เจ้าภาพในการประชุมครั้งที่ 21 แก่ผู้แทนกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

- ปิดการประชุม

เวลา ๑๕.๐๐ น. รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม

หมายเหตุ กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลง

ใบตอบรับเข้าร่วมฟังการอบรมสัมมนาวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๐
ในวันที่ ๑๗ - ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๗
ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น

หน่วยงาน

สถานที่ทำงาน

เลขที่..... ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ขอส่งรายชื่อเข้าประชุม

๑. แพทย์ ชื่อ.....นามสกุล.....

คำนำหน้า ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ นาย

ตำแหน่ง..... เลขที่ประกอบวิชาชีพ.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address:

๒. พยาบาลวิชาชีพ ชื่อ.....นามสกุล.....

คำนำหน้า ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ นาย

ตำแหน่ง..... เลขที่ประกอบวิชาชีพ.....เลขสมาชิก.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address:

๓. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ชื่อ.....นามสกุล.....

คำนำหน้า ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ นาย

ตำแหน่ง..... เลขที่ประกอบวิชาชีพ.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address:

ประเภทอาหาร ☐ อาหารทั่วไป ☐ อาหารอิสลาม ☐ อาหารมังสวิรัต

การลงทะเบียน ส่งใบตอบรับทางโทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

ภายในวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ (รับจำนวนจำกัด)

ส่งทางไปรษณีย์มาที่

แพทย์หญิงอรุณทัย มีแก้วกูธร หรือ นางนงรัตน์ จันท์ กลุ่มภารกิจวิชาการ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์: ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๒ โทรสาร: ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๘๘

โทรศัพท์เคลื่อนที่ : ๐ ๘๘๘๗ ๔๔๖๗๔

E-mail : Qsnich.Training@gmail.com

ดูรายละเอียดการประชุม : www.childrenhospital-Training.com

หมายเหตุ - รบกวนเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน

- การจองที่พัก ผู้เข้าร่วมประชุมต้องติดต่อจองที่พักเองโดยตรงกับโรงแรมมิราเคิล แกรนด์
คอนเวนชั่น

ใบสมัครเข้าร่วมนำเสนอผลงานวิจัย
การประชุมสัมมนาวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๐ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๗
“Action Plan for Thalassemia”
ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๗ ณ กรุงเทพมหานคร

ชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง) (นาย/นาง/นางสาว)
ตำแหน่ง.....ระดับ.....
หน่วยงานต้นสังกัด.....จังหวัด.....
ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
Email Address:.....
ชื่อเรื่องที่น่าสนใจ (ภาษาไทย)
.....
(ภาษาอังกฤษ)
.....

ลงชื่อ
(.....)

- หมายเหตุ - ทุกเรื่องที่ต้องนำเสนอเป็นโปสเตอร์
- การนำเสนอด้วยโปสเตอร์ กว้าง ๓๑ นิ้ว x สูง ๔๒ นิ้ว จำนวน ๑ แผ่น ต่อ ๑ เรื่อง
 - ขอสงวนสิทธิ์ในรูปแบบการนำเสนอผลงานทางวิชาการขึ้นกับดุลยพินิจของคณะกรรมการ **
 - การนำเสนอผลงานด้วยการบรรยาย คณะกรรมการจะเป็นผู้คัดเลือก ใช้เวลาในการนำเสนอ ๑๒ นาที และซักถาม ๓ นาที
 - เนื้อหาบทคัดย่อ พิมพ์เป็นภาษาไทยหรืออังกฤษ ตัวอักษร Angsana New ขนาด ๑๖ ความยาวของเรื่องย่อ ขนาดกระดาษ A๔ เพื่อตีพิมพ์ในหนังสือการประชุม
 - ส่งบทคัดย่อทาง E-mail ที่ tft_thalassemia@hotmail.com หรือ
ติดต่อ คุณดาริกา สีเลื่อม (เจ้าหน้าที่มูลนิธิฯ) โทรศัพท์ ๐ ๒๔๑๙ ๘๓๒๙
โทรสาร ๐ ๒๔๑๒ ๙๗๕๘ มือถือ ๐๙๐ ๙๙๑ ๘๙๑๙
มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย ตึกกอนันตมหาราช ชั้น ๙
โรงพยาบาลศิริราช แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. ๑๐๗๐๐

ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๗



โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น

ใบจองห้องพักสำหรับกรุ๊ปสัมมนา (ผู้เข้าพักชำระเงินค่าห้องพักเอง)

รายละเอียดการประชุมสัมมนา

หัวข้อการสัมมนาประชุมสัมมนาวิชาการรางวัลสีเขียวแห่งชาติ ครั้งที่ 20.....

หน่วยงานผู้จัด (หน่วย, สำนัก, กรม, กระทรวง)สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.....

กำหนดวันที่ประชุมสัมมนา (วันที่, เดือน, ปี)17-19 ธันวาคม 2557.....

รายละเอียดการจองห้องพัก (ตัวบรรจง)

ชื่อ/สกุล พักเดี่ยว.....ห้อง / พักคู่.....ห้อง วันที่เข้าพัก วันที่ออก.....

ชื่อ/สกุล พักเดี่ยว.....ห้อง / พักคู่.....ห้อง วันที่เข้าพัก วันที่ออก.....

รวมจำนวนห้องพัก ห้อง

ราคาห้องพักเดี่ยว (1 คน).....1,600..... บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า (จัดแยก ทานอาหารที่ห้องฟังก์ชั่น)

ราคาห้องพักคู่ (2 คน)1,600..... บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า (จัดแยก ทานอาหารที่ห้องฟังก์ชั่น)

ราคาเตียงเสริม สำหรับคนที่ 3800..... บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า (จัดแยก ทานอาหารที่ห้องฟังก์ชั่น)

ราคาห้องพักเดี่ยว (1 คน)1,900..... บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า ณ ห้องอาหารเปรมประชากร

ราคาห้องพักคู่ (2 คน)2,200..... บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า ณ ห้องอาหารเปรมประชากร

ราคาเตียงเสริม สำหรับคนที่ 31,100..... บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า ณ ห้องอาหารเปรมประชากร

สถานที่ทำงาน จังหวัด..... โทร

แฟกซ์ ชื่อผู้ติดต่อ เบอร์โทร.....

เงื่อนไขการจองห้องพัก

1. ปิดการสำรองห้องพักในราคาที่เสนอนี้ ภายในวันที่1 ธันวาคม 2557.....

2. ผู้เข้าพักจะต้องโทรเช็คห้องว่างกับทางแผนกสำรองห้องพัก ก่อนการโอนเงินมัดจำทุกครั้ง

3. เช็คห้องว่างแล้ว ภายในวันเดียวกัน ให้ทำการโอนเงินมัดจำค่าห้องพัก 1 คืน เต็มจำนวน ต่อห้อง

4. การโอนเงินชำระค่ามัดจำ โดยผ่าน ธนาคาร หรือตู้ ATM โดยส่งจ่ายดังนี้

ธนาคารกรุงเทพ สาขาหลักสี่ บัญชี ออมทรัพย์

ชื่อบัญชี บริษัทแมจิก เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด

เลขที่บัญชี 189-0-89376-9

****อย่าลืมเก็บสลิปการโอนเงินจากตู้ ATM ด้วยคะ****

5. ผู้เข้าพักจะได้ห้องพัก ก็ต่อเมื่อท่านได้ส่ง 5.1 แบบฟอร์มจองห้อง 5.2 ใบสำเนา/สลิปการโอนเงิน ไปให้โรงแรมเท่านั้น

6. ทางโรงแรมสงวนสิทธิ์ ไม่คืนเงินมัดจำ กรณียกเลิกการจอง หรือ ไม่มาเข้าพักตามกำหนดเวลาเข้าพัก ตั้งแต่เวลา 14.00 น.

เป็นต้นไป หลังจากส่งเอกสารแล้ว กรุณาโทรเช็คกับทางเจ้าหน้าที่แผนกสำรองห้องพัก เพื่อตรวจสอบเอกสารของท่าน ภายในวันเดียวกัน

โทร. 02-575-5599 ต่อ แผนกสำรองห้องพัก 1112-1114 แฟกซ์. 02-575-5655

reservation@miraclegrandhotel.com

