

แบบแสดงความจำนงสำรองที่พัก

การประชุมวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย ครั้งที่ ๔
เรื่อง “อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในคนทำงาน: จากนโยบายสู่การปฏิบัติ”

วันที่ ๒๘ - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

ณ โรงแรมดวงตะวัน จังหวัดเชียงใหม่

จัดโดยสมาคมพยาบาลอาชีวอนามัยแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ ร่วมกับศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ อาชีว-
อนามัยและความปลอดภัยในคนทำงานภาคเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อผู้จอง.....

หน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.(FAX).....

โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ขอสำรองห้องพักที่โรงแรมดวงตะวัน จ.เชียงใหม่

วันที่เข้าพัก.....วันที่ออก.....

- ห้องพักแบบ Superior (เดี่ยว) ๑,๔๐๐บาทสุทธิ/ห้อง/คืน
จำนวนห้อง.....ห้อง กรณีพักคู่ พักคู่กับ.....
- ห้องพักแบบ Superior (คู่) ๑,๖๐๐บาทสุทธิ/ห้อง/คืน
จำนวนห้อง.....ห้อง กรณีพักคู่ พักคู่กับ.....

หมายเหตุ:

๑. โปรดชำระเงินมัดจำค่าห้องพักล่วงหน้า จำนวน ๑ คืน (คืนแรก) โดยทางโรงแรมจะสำรองห้องพักสำหรับผู้ที่ย่าง
ค่ามัดจำเท่านั้น สามารถชำระเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขาช้างคลาน

เลขที่บัญชี ๕๓๓-๐-๐๐๕๗๓-๖

ชื่อบัญชี บริษัท ดวงตะวัน โฮเทล จำกัด

๒. ให้ส่งใบจองห้องพักและสำเนาการโอนเงินไปยังทางโรงแรมโดยตรง ภายในวันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๑ ทางโทรสาร
หมายเลข ๐๕๓-๒๗๕๔๒๙

สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ คุณชมพิศ วงศ์ฟู ผู้จัดการฝ่ายขาย

โทรศัพท์ ๐๘-๕๗๐๘๓๓๖๐ หรือ ๐-๕๓๙๐-๕๐๐๐ ต่อ ๓๒๐๕ E-mail : chompitwo@dtw.co.th