



ใบแจ้งความประสงค์สำรองห้องพัก

ผู้ร่วมโครงการอบรมระยะสั้น (สัจจร)

เรื่อง หลักและแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ระหว่างวันที่ 28 พฤศจิกายน - 2 ธันวาคม 2565

ราคาห้องพัก

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1. SUPERIOR SINGLE/TWIN | 1,200 -บาท (รวมอาหารเช้า) |
| 2. DELUXE SINGLE / TWIN | 1,600.-บาท (รวมอาหารเช้า) |
| 3. เดียงเสริม | 700.-บาท (รวมอาหารเช้า) |

หมายเหตุ กรณีพักเดี่ยวแต่มีผู้ติดตาม คิดตามจำนวนจริงของการเข้าพัก

- ชื่อ - นามสกุล ตำแหน่ง.....
- หน่วยงาน..... จังหวัด.....
- ที่อยู่.....
- เบอร์โทรศัพท์/โทรสาร ที่ทำงาน เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....
- วันที่เข้าพัก วันที่ออก.....
- ประเภทห้องพัก SUPERIOR DELUXE CORNER
- มีความประสงค์เข้าพัก ห้องพักรเดี่ยว
- ห้องพักรคู่ กับ (ระบุ).....
- ห้องพักรคู่ (ให้ทางโรงแรมจัดให้)
- กรุณาส่งใบสำรองห้องพักกับทางโรงแรมฯโดยตรงทางโทรสารที่เบอร์ 0-4322-0438
หรือติดต่อสอบถามเพิ่มเติมที่ คุณสุรียา อนุภาพ ฝ่ายสำรองห้องพัก โทรศัพท์ 0-43220-400-14
- เพื่อเป็นการยืนยันการเข้าพัก กรุณาชำระค่ามัดจำล่วงหน้าอย่างน้อย 1 คืน

โดยโอนผ่านทางบัญชีในนาม บริษัท ขอนแก่นเจริญทาวเวอร์ จำกัด

ธนาคารกรุงเทพ สาขาขอนแก่น เลขที่ 260-4-23971-1 บัญชีออมทรัพย์