



## แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก

โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1/2561

### เรื่อง “นวัตกรรมเพื่อการออกแบบระบบพยาบาล ยุค 4.0”

ระหว่างวันพฤหัสบดีที่ 1 – วันเสาร์ที่ 3 กุมภาพันธ์ 2561 ณ โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ ถนนรัชดาภิเษก กรุงเทพมหานคร

ชื่อ – สกุล .....

หน่วยงาน..... ตำแหน่ง.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....

มีความประสงค์จะสำรองห้องพัก

สวีทเรียสห้องเดี่ยว	ราคา 1,500 บาท (รวมอาหารเช้า)	จำนวน _____ ห้อง
สวีทเรียสห้องคู่	ราคา 1,500 บาท (รวมอาหารเช้า)	จำนวน _____ ห้อง
ดีลักซ์ห้องเดี่ยว	ราคา 2,600 บาท (รวมอาหารเช้า)	จำนวน _____ ห้อง
ดีลักซ์ห้องคู่	ราคา 2,800 บาท (รวมอาหารเช้า)	จำนวน _____ ห้อง

โดยเข้าพักวันที่.....ออกวันที่.....

ในกรณีห้องพักคู่ห้องคู่กับ ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

ผู้เข้าพักประสงค์ให้ออกใบกำกับภาษี แยก  รวม

ในนาม.....

กรุณาสำรองห้องพักล่วงหน้า ถึง คุณศรินยฉัตร ใจสมุทร โทรศัพท์ 02-276-4567 โทรสาร 02-276-4769

E-mail : [sale2@emeraldhotel.com](mailto:sale2@emeraldhotel.com)

### เงื่อนไขการสำรองห้องพัก

1. ห้องพักรวมจำนวนจำกัด กรุณาสำรองห้องพักล่วงหน้า กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลง วันและเวลาเข้าพัก กรุณาแจ้งล่วงหน้า 3 วัน
2. Check-in บ่าย 2 โมงเป็นต้นไป กรณี Early Check-in Charge Half Day.
3. กรุณาส่งแบบฟอร์มสำรองห้องพักกลับมาภายในวันที่ 23 มกราคม 2561

ผู้เข้าพักรับทราบและยืนยัน

.....  
(ประทับตราหน่วยงาน (ถ้ามี))