



แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก

โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2/2561

เรื่อง "การวัดและการจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาล: ความสำเร็จของระบบบริการสุขภาพ"
ระหว่างวันจันทร์ที่ 19 – วันพุธที่ 21 พฤศจิกายน 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

เงื่อนไขการสำรองห้องพัก

1. ห้องพักรับจำนวนจำกัด กรุณาสำรองห้องพักล่วงหน้า กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลง วันและเวลาเข้าพัก กรุณาแจ้งล่วงหน้า 3 วัน
2. Check-in บ่าย 2 โมงเป็นต้นไป กรณี Early Check-in Charge Half Day.
3. กรุณาส่งแบบฟอร์มสำรองห้องพักกลับมาภายในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2561

ผู้เข้าพักรับทราบและยืนยัน

(ประทับตราหน่วยงาน (ถ้ามี))