



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

ที่ สรพ 4850

๑๓ ธันวาคม 2563

เรื่อง แจ้งเปลี่ยนแปลงสถานที่จัดอบรม HA 705

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสำรองห้องพัก

ตามที่ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ประชาสัมพันธ์ในการจัดอบรมหลักสูตร
หลักสูตร HA705 Act to Re-accreditation วันที่ 28-29 มกราคม 2564 ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค ห้อง
จูบิเตอร์ 11-13 อาคาร Impact Challenger เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี นั้น

ในการนี้ เนื่องจากมีความจำเป็นบางประการส่งผลให้ผู้อบรมไม่ได้รับความสะดวกระหว่างการ
อบรม ทำให้ไม่สามารถใช้ห้องประชุมจัดอบรมตามสถานที่ดังกล่าวได้ จึงขอแจ้งเปลี่ยนแปลงสถานที่จัด
อบรมเป็น โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี แทน ทั้งนี้ได้แนบเอกสารใบสำรองห้องพักสำหรับท่านที่ประสงค์
ใช้บริการห้องพักมาด้วยแล้ว ทางสถาบันฯขออภัยในความไม่สะดวกมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ)

รองผู้อำนวยการ

ปฏิบัติงานแทนผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สำนักส่งเสริมการพัฒนา

นางสาววารุณี พันธุ์แพง โทร. 02-832-9466 E-mail: warunee@ha.or.th

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6

ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

Tel. 02-832-9400 Fax. 02-832-9540 www.ha.or.th



แบบสำรวจห้องพัก (ฉบับที่ 1) หลักสูตร HA705 Act to Re-accreditation

วันที่ 28 มกราคม 2564 – วันที่ 29 มกราคม 2564

ห้อง Diamond Ballroom 2 ชั้น 4

ณ โรงแรมแกรนด์ ริชมอนด์ สไตลิส คอนเวนชัน จังหวัดนนทบุรี

โปรดติดต่อสำรวจห้องพักโดยตรงที่โรงแรมริชมอนด์ “ ภายในวันที่ 21 มกราคม พ.ศ 2564 ”

โดยส่งโทรสารหรืออีเมลถึง ฝ่ายขายโรงแรมริชมอนด์ หมายเลขโทรศัพท์ 02-8318815 / 02-8318818

กรุณาส่งเอกสาร โทรสาร: 02-831-8866 E-Mail : gov@richmondhotelgroup.com

โทรเช็คกรณีเรื่องโทรสาร: 02-8318815

ขอสำรวจห้องพัก (กรณีผู้เข้าพักเป็นราชการและออกใบเสร็จในนามสังกัดกรมกองของส่วนราชการเท่านั้น)

Oห้องพักเดี่ยว ราคา 1,400.- บาท รวมอาหารเช้า จำนวน ห้อง

Oห้องพักคู่ ราคา 1,600.- บาท รวมอาหารเช้า จำนวน.....ห้อง

เตียงเสริมราคา 1,000 บาท / ห้อง

ชื่อผู้เข้าพัก 1.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
พักคู่กับ.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
2.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
พักคู่กับ.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
วันที่เข้าพัก.....เวลาน. วันที่ออกจำนวน.....คืน

รายละเอียดผู้จอง (ต้องกรอกเอกสารให้ครบ)

ชื่อหมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....อีเมล.....

***ห้องพักที่ท่านจองข้างต้นจะยังไม่ได้รับการยืนยันจนกว่าทางโรงแรมฯ จะส่งเลขที่บัญชีธนาคารของโรงแรมฯ

ให้กับท่านเพื่อให้ท่านทำการโอนเงินค่าห้องพักทั้งหมดก่อน***

กรณีห้องพักเต็มทางโรงแรมทางโรงแรมจะทำการแนะนำโรงแรมข้างเคียงให้อีกครั้ง

*กรณีจองห้องพักหลังจากวันที่ 21 มกราคม 2564 โรงแรมขอสงวนสิทธิ์ปรับอัตราค่าห้องพักเป็นพักเดี่ยว / พักคู่ ราคา 1,900.- บาท