



ใบยืนยันการสำรองห้องพัก โรงแรมเดอะ ทวิน ทาวเวอร์  
กลุ่มประกันสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข)  
วันที่ 17-21 ธันวาคม 2555

ชื่อ-นามสกุล.....

สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

มีความประสงค์จะเข้าพักในวันที่.....เวลา .....วันที่กลับ..... เวลา.....

มีความประสงค์เข้าพักแบบ

- ห้องพักเดี่ยว 1,200 บาท/ห้อง/คืน (รวมอาหารเช้าแบบ ABF)
- ห้องพักคู่ 1,400 บาท/ห้อง/คืน (รวมอาหารเช้าแบบ ABF)

โดยพักกับ ชื่อ-นามสกุล.....

**หมายเหตุ** สำรองห้องพักที่โรงแรมเดอะ ทวิน ทาวเวอร์ โทรศัพท์ 0-2216-9555 ต่อ 11546-7  
แต่กรุณาส่งแบบฟอร์มโทรสารที่หมายเลข 0-2216-9535  
ภายในวันอาทิตย์ที่ 9 ธันวาคม 2555  
**โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจงและชัดเจน**

**\*\* ห้องมีจำนวนจำกัด \*\***