

**ใบสมัครโครงการอบรมวิชาการระยะสั้น**  
**เรื่อง Water Specific Therapy Halliwick: Basic level รุ่นที่ 4 (WSTH-B-4)**  
**วันที่ ๒๔-๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๑**

- ๑.๑ วันที่สมัคร.....เดือน.....พ.ศ. ....
- ๑.๒ คำนามหน้า  นาย  นาง  นางสาว  .....  
ชื่อ.....สกุล.....
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่).....
- ๑.๓ อายุ .....ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
- ๑.๔ เลขบัตรประชาชน/เลขที่บัตรข้าราชการ.....  
ออกให้ที่.....วันที่.....วันหมดอายุ.....
- ๑.๕ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด ก. ....
- ๑.๖ วุฒิการศึกษาสูงสุด  ๑.ปริญญาตรี  ๒.ปริญญาโท  ๓.ปริญญาเอก  
 ๔. อื่นๆ (ระบุ).....
- ๑.๗ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
- ๑.๘ ชื่อสถานที่ทำงาน.....  
ตำแหน่งงาน.....ประสบการณ์ทำงานกายภาพบำบัด.....ปี  
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....  
E-mail address.....
- ๑.๙ ประเภทอาหาร  ปกติ  มังสวิรัติ  ฮาลาล (อิสลาม)  อื่นๆ คือ.....
- ๑.๑๐ ใบเสร็จ ค่าลงทะเบียน ให้ออกในนาม.....  
ที่อยู่.....  
เลขกำกับภาษี.....
- ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

๑.๑๒ ความเห็นของหัวหน้าหน่วยงาน/ต้นสังกัด **อนุมัติให้เข้ารับการอบรม**

๑.๑๓  ประสงค์ หนังสือส่งตัว และ หนังสือตอบรับการสมัคร

รับเรื่อง.....
จนท. ....
ลำดับ.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/ต้นสังกัด  
(.....)  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

โปรดส่งใบสมัครโดยสแกน หรือถ่ายรูปใบสมัครและสำเนาการโอนเงินมาที่: [maeping-chonlapas@hotmail.com](mailto:maeping-chonlapas@hotmail.com)  
ค่าลงทะเบียน ๕,๕๐๐ บาท โอนเงินเข้าบัญชีชื่อ: นายประภาส โปธิ์ทองสุนันท์ เลขที่ ๙๖๘๐๐๑๔๓๙๗ ธนาคารกรุงเทพ  
สาขาคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

☎ โทรศัพท์หมายเลข : ๐๙-๐๒๘๒-๕๙๕๒ และ ๐๕๓-๔๔๑๙๕๒ ติดต่อ คุณระพีภัทร์ ขาลสุวรรณ (นุ้ย)

หมดเขตรับสมัคร ภายในวันที่ **๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๑** ยกเลิกการสมัคร หลังหมดเขต คืนค่าสมัคร ๒,๕๐๐ บาท

☆☆ โปรดติดต่อสำรองที่พักด้วยตนเอง ☆☆