

ใบสมัครโครงการอบรมวิชาการระยะสั้น

เรื่อง Water Specific Therapy Halliwick : Intermediate level (WSTH-I) รุ่น ๑

วันที่ ๗ - ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

- ๑.๑ วันที่สมัคร.....เดือน.....พ.ศ.
- ๑.๒ คำนำหน้า นาย นาง นางสาว
- ชื่อ.....สกุล.....
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่).....
- ๑.๓ อายุปี 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/แขวง.....อำเภอ/เขต.....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
ค่าลงทะเบียน ๕,๕๐๐ บาท โอนเงินเข้าบัญชีชื่อ: นายประภาส โพธิ์ทองสุนันท์ เลขที่ ๙๖๘๐๐๑๔๓๙๗ ธนาคารกรุงเทพ
สาขาคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

☎ โทรศัพท์หมายเลข : ๐๙๐-๒๘๒๕๙๕๒ และ ๐๕๓-๔๔๑๙๕๒ ติดต่อ คุณระพีภัทร์ ขาลสุวรรณ (นุ้ย)

หมดเขตรับสมัคร ภายในวันที่ **๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๑** ยกเลิกการสมัคร หลังหมดเขต คืนค่าสมัคร ๒,๕๐๐ บาท