

## ใบสมัครเข้าร่วมการอบรม

ชื่อ.....สกุล.....  
สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
สถานที่ติดต่อ.....  
หมายเลขโทรศัพท์.....e-mail address.....

### ๑. ที่พักที่ท่านต้องการ

- ผู้จัดการอบรมเป็นผู้จัดให้ เข้าวันที่.....ออกวันที่.....
- ติดต่อที่พักเอง โดยมีเงื่อนไข คือ ที่พักห้องคู่ ค่าที่พักไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาทต่อห้องต่อคืน  
หากพักเดี่ยว ท่านยินดีจ่ายค่าห้องส่วนต่างเพิ่มด้วยตนเอง  
โดยจะ เข้าพักวันที่ .....มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา.....น.  
ออกวันที่ .....มีนาคม ๒๕๕๕ เวลา.....น.

### ๒. เมื่อเข้าร่วมการอบรมแล้ว ท่านสามารถปฏิบัติงานเป็นผู้เยี่ยมสำรวจให้กับสภากายภาพบำบัดได้ตลอด ระยะเวลา ๒ ปี

- ได้  ไม่ได้

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้สมัคร

วัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร

วัน/เดือน/ปี.....

โปรดส่งใบสมัครเข้าร่วมอบรม ภายในวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๕๕ ทางโทรสารหมายเลข ๐๒-๑๔๑-๔๒๘๑

หรือตอบทางอีเมลล์ : c\_pueng007@hotmail.com หรือ suwaree711@hotmail.com

หากท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อได้ที่ คุณสุวารี เจริญมุขยันท มือถือ. ๐๘๕-๘๔๖-๘๓๑๒

