

**ID:..…….**

**ขอเชิญเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ**

**เรื่อง "อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพ: การวิจัยสู่การปฏิบัติ “**

**(Work health and safety: research to practice)**

**วันที่ 27 - 28 มิถุนายน 2561 เวลา 8.30 น. - 17.30 น.**

**ณ ห้องประชุมเพ็ญพิมล ธัมมรัคคิต คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น**

**ชื่อ-สกุล (พร้อมคำนำหน้า และตำแหน่งทางวิชาการ)**

ภาษาไทย (นาย, นาง, นางสาว) ........................................................................................................................................................................................

ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่) (Mr., Mrs.,Miss)....................................................................................................................................................................

ตำแหน่ง........................................ เลขที่ ก. ................................ เบอร์โทรศัพท์ผู้สมัคร............................... E-mail …………………….…………………………

ชื่อหน่วยงาน………………………………………………………………………………………………ที่อยู่หน่วยงาน......................................................................................

..........................................................................................เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน...............................................โทรสาร..................................................

กรุณาแจ้งข้อมูลในการออกใบเสร็จรับเงิน ...........................................................................................................................................................................

ประเภทอาหาร  ทั่วไป  เจ  อิสลาม  มังสวิรัติ  อื่นๆ..........................................................................................................................................

**รูปแบบการสมัคร** กรุณาทำเครื่องหาย √ หน้าข้อที่เลือก

|  |  |
| --- | --- |
| **ประเภท** | **อัตราค่าลงทะเบียน** |
| นักกายภาพบำบัด/บุคลากรทางการแพทย์ทั่วไป | 3,200 บาท |

**จำนวนเงินทั้งสิ้น รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ......................................... บาท** ( )

**การชำระเงิน**

 โอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 551-439664-2 ชื่อโครงการ “โครงการอบรมศูนย์วิจัย BNOJPH**”**

**การส่งใบสมัคร**  หากทำการโอนชำระค่าลงทะเบียนแล้วกรุณาส่งหลักฐานการชำระเงิน (ใบ Pay-in)พร้อมใบสมัครมายัง

 1. E-mail: [Pratchaya.kaladee@gmail.com](mailto:Pratchaya.kaladee@gmail.com) หรือ

 2. ไปรษณีย์ถึง นายปรัชญา กาละดีศูนย์วิจัยปวดหลัง ปวดคอ ปวดข้ออื่นๆและสมรรถนะของมนุษย์ (BNOJPH) คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ. เมือง จ. ขอนแก่น 40002 หรือ

 3. ส่งแฟกซ์มาที่เบอร์ 043-202085

\*\* สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นายปรัชญา กาละดี โทรศัพท์ 085-4593315

หมายเหตุ - เมื่อโอนเงินชำระแล้ว จะไม่คืนเงินทุกกรณี

* หมดเขตการรับสมัครวันที่ 10 มิถุนายน 2561
* ผู้เข้าร่วมการอบรมจะได้รับประกาศนียบัตรจากศูนย์วิจัยปวดหลัง ปวดคอ ปวดข้ออื่นๆและสมรรถนะของมนุษย์ (BNOJPH) คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
* สามารถตรวจสอบรายชื่อการลงทะเบียนได้ทาง [http://bnojph.kku.ac.th](http://bnojph.kku.ac.th/2017) (อัพเดทรายชื่อการสมัครทุกวันศุกร์)

\*\*ค่าคะแนน CPTE 13 คะแนน \*\*

ลงชื่อ……………………………………………………………

(…………………………………………..…………….)

วันที่........................................................................