



ใบสมัครเข้าร่วมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ  
“การบริหารจัดการธุรกิจบริการสุขภาพ” สำหรับนักกายภาพบำบัด  
" Healthcare Business Management for Physical Therapist "  
วันที่ 7, 8, 14, 21, 28, 29 มิถุนายน, 3 และ 5 กรกฎาคม 2560  
ณ ห้องม่วงนที ชั้น 7 กรมพัฒนาธุรกิจการค้า

1. ข้อมูลผู้สมัคร

- 1.1. ชื่อ (นาย/นาย นางสาว).....นามสกุล.....  
E-mail.....มือถือ.....
- 1.2 จบการศึกษา วท.บ. (กายภาพบำบัด) จาก มหาวิทยาลัย.....เมื่อปี.....
- 1.3 ปัจจุบันทำงานอยู่ที่.....  
ตำแหน่ง.....
- 1.4 ที่ตั้งกิจการ เลขที่ .....ถนน .....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....  
Website.....

2. ข้อมูลธุรกิจในกรณีที่คุณสมัครมีคลินิก หรือกิจการอื่น นอกจากงานประจำที่ทำ (ถ้ามีจะได้รับการพิจารณาก่อน)

2.1 ข้อมูลเบื้องต้น ท่านเป็นเจ้าของธุรกิจหรือไม่

- เป็นเจ้าของ       ร่วมทุนกับบุคคลอื่น  
 ทำธุรกิจเกี่ยวกับ (โปรดระบุ).....

- 2.2 ชื่อกิจการ.....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....  
ที่ตั้งกิจการ เลขที่ .....ถนน .....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....  
Website.....

หมายเหตุ

1. ผู้เข้าร่วมการสัมมนา ไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น  
2. โปรดส่งใบสมัครการเข้าร่วมโครงการ **ภายในวันที่ 5 มิถุนายน 2560**  
ทาง E – mail: [bizservicedbd@gmail.com](mailto:bizservicedbd@gmail.com)  
หรือสมัครออนไลน์ <http://bit.ly/2oOPdKn>



หากมีข้อสงสัยสอบถามได้ที่หมายเลข 02-5475954



สมัครออนไลน์ ได้ 24 ชั่วโมง