

## ใบสมัคร การอบรมเชิงปฏิบัติการ

### เรื่อง Comprehensive Management in Sport Shoulder Injury

#### ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ นักร่างกายบำบัด / นักกิจกรรมบำบัด .....	นามสกุล .....	
เลขที่สมาชิกสภากายภาพบำบัด .....	เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ .....	
โทรศัพท์มือถือ .....	e-mail .....	
สถานที่ทำงาน.....	ที่อยู่ทำงาน .....	
ถนน .....	แขวง .....	เขต.....
จังหวัด .....	รหัสไปรษณีย์ .....	
โทรศัพท์ ที่ทำงาน .....		
ออกใบเสร็จรับเงินในนาม .....		

#### การลงทะเบียนและวิธีการลงทะเบียน

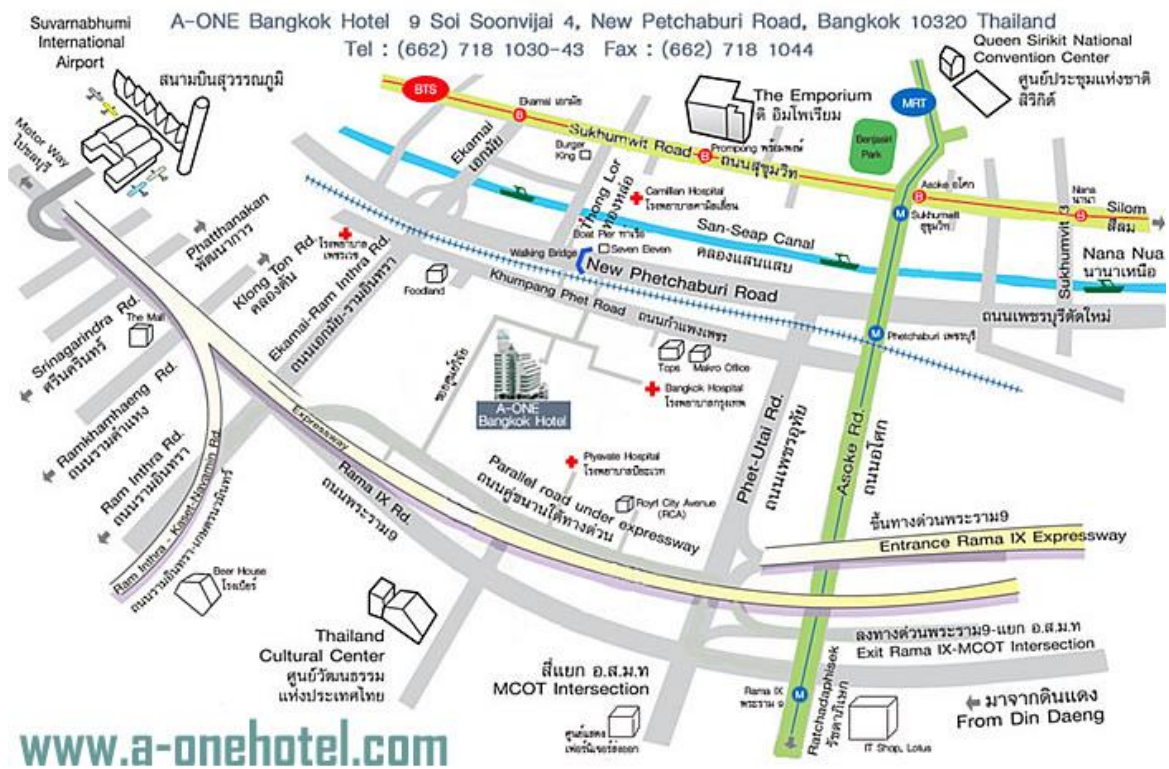
<b>วิธีการลงทะเบียน</b>
1. กรุณาสำรองที่นั่งทาง E mail ; <a href="mailto:sportshoulderinjury@hotmail.com">sportshoulderinjury@hotmail.com</a> รายละเอียดการติดต่อกลับดังนี้
1.1 ชื่อ-นามสกุล
1.2 เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์
1.3 สถานที่ทำงาน
1.4 เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้
1.5 E mail address ก่อนการโอนค่าลงทะเบียน
** จะได้รับการตอบกลับทาง E mail ภายในวันที่ 1 มีนาคม 2555 จึงจะสามารถโอนค่าลงทะเบียนได้
2. วิธีการโอน
โดยโอนผ่านทางธนาคารไทยพาณิชย์
ชื่อบัญชี “ บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) ” สาขา ถนนเพชรบุรีตัดใหม่
ประเภทออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 043-2-44187-2
ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ – นามสกุล กรุณาแจ้งล่วงหน้าก่อนวันอบรม 1 สัปดาห์
3. ชำระค่าลงทะเบียนภายในวันที่ 15 มีนาคม 2555
หากชำระค่าลงทะเบียนแล้ว จะไม่คืนเงินค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น
ใบสมัครสามารถดาวน์โหลดได้จาก <a href="http://www.bangkokhospital.com">www.bangkokhospital.com</a>
(เมื่อโอนเงินแล้วกรุณาส่งสำเนาใบฝากเงิน พร้อมระบุชื่อ-นามสกุลผู้สมัคร
โดยการ Fax. ใบสมัครมาที่ โทรสาร 0-2755 -1241 ทั้งนี้ กรุณานำต้นฉบับใบฝากเงินมาในวันประชุมด้วย)
4. อาหาร <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อิสลาม <input type="checkbox"/> มังสวิรัติ <input type="checkbox"/> แพ้อาหาร (โปรดระบุ) .....

5. ติดต่อจองห้องพักได้ที่

**โรงแรม เอ วัน ฝ่ายจองห้องพัก เบอร์ 02- 7181030 – 43 Fax. 02-7181044**

**ตั้งแต่เวลา 8.30 น. – 18.00 น.**

**Download แผนที่โรงแรมได้ที่ [www.a-onebkk@a-onehotel.com](mailto:www.a-onebkk@a-onehotel.com)**



6. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ กภ.ภาสกร ตันเจริญ(ตัน) 081-2070220