

ลำดับที่...

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)

แบบรูปถ่าย  
หน้าตรง 2  
นิ้ว

ใบสมัครเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง “การจัดการทางกายภาพบำบัดการกีฬา”

ระหว่างวันที่ ๕-๑๑ กรกฎาคม ๒๕๕๕ ณ โรงแรมทาวน์อินทาวน์ กรุงเทพฯ

1. ชื่อ-สกุล ( นาย / นาง / นางสาว).....

Name – Surname

.....  
.....

ตำแหน่ง.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด.....

โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail address.....

2. สถานที่ทำงาน .....

3. ที่อยู่.....

.....

.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

3. กีฬาที่เคยอยู่ในการดูแลของท่าน

มี ระบุ.....  ไม่มี

4. ขนาดไซส์เสื้อที่ต้องการ

S รอบอก 38 นิ้ว

XL รอบอก 44 นิ้ว

M รอบอก 40 นิ้ว

XXL รอบอก 46 นิ้ว

L รอบอก 42 นิ้ว

XXXL รอบอก 48 นิ้ว

ทั้งนี้ท่านสามารถสำรองที่พักด้วยตนเองที่

โรงแรมทาวน์อินทาวน์ โทร ๐-๒๕๕๕-๒๒๒๒ราคาห้อง(เดี่ยว/คู่)ห้องละ ๑,๒๐๐ บาท/คืน

(ติดต่อคุณนัยนา)

หอพักนักกีฬา ๓๐๐ เตียง (นอนได้ห้องละ ๓ คน) ภายในการกีฬาแห่งประเทศไทย โทร ๐-๒๑๕๖-๖๒๖๕

ราคาห้องละ ๓๐๐ บาท/คืน (กรุณาแจ้งมาทางใบสมัครก่อนเพื่อจะได้สำรองห้องไว้ล่วงหน้า)

ไม่ต้องการสำรองที่พัก

หมายเหตุ : โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบทุกช่องและส่งกลับได้ที่ **E-mail address: pt\_sat@hotmail.com**  
หรือ งานกายภาพบำบัด ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย ๒๘๖ ถนนรามคำแหง หัวหมาก  
บางกะปิ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๔๐ โทรสาร. ๐-๒๓๑๕๕๔๕๕  
ภายในวันอังคารที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๕๕  
หากมีข้อสงสัยติดต่อ นายนำชัย รัตนพงษ์บัณฑิต โทร.๐๘๖-๕๔๒๑๗๕๕ ,  
**numchai\_pae@yahoo.com , pt\_sat@hotmail.com**