

ใบสมัครเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง “หลักการวิเคราะห์การเคลื่อนไหวและการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัดการกีฬา”
ระหว่างวันที่ 15 - 19 สิงหาคม 2554 ณ โรงแรม เอส ซี ปาร์ค กรุงเทพฯ

ชื่อ-สกุล (นาย / นาง / นางสาว)

(MR / MRS / MISS)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการ

สังกัด

ที่อยู่..... ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ / เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ E-mail.....

สถานที่ทำงาน

.....

ตำแหน่ง.....

สมาคมหรือสโมสรกีฬาที่สังกัด.....

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่

หมายเหตุ : ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณนำชัย รัตนพงษ์บัณฑิต โทร. 086-5421799
หรืองานกายภาพบำบัด โทรศัพท์ 02-3691476 , 02-3180940 ต่อ 1091 โทรสาร. 02-3199455

กรณารอกรายละเอียดให้ครบทุกช่องและส่งใบสมัครพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน และสำเนาใบประกอบวิชาชีพด้วยตนเองหรือทางโทรสารหรือทาง E-mail : pt_sat@hotmail.com ได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึง วันที่ 10 สิงหาคม 2554