

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง "Upper Limb Training For Stroke"

วันศุกร์ที่ ๒๓, วันเสาร์ที่ ๒๔ และวันอาทิตย์ที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๔ เวลา ๘.๐๐ – ๑๗.๐๐ น.

ห้องประชุมบรรพรัตน์ ชั้น ๓ อาคารคุ้มเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.

กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือพิมพ์ดีด

ชื่อ(นาย / นางสาว / นาง / อื่นๆ.....)นามสกุล

.....

สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่ติดต่อ

ได้.....

.....

ออกใบเสร็จรับเงินใน

นาม.....

.....

ที่อยู่ที่ต้องการให้ออกใบเสร็จ.....

โทรศัพท์..... โทรสารEmail

address.....

ประเภทการสมัคร	ค่าลงทะเบียน
นักกายภาพบำบัดที่เป็นสมาชิกปัจจุบันของ สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย	๓,๒๐๐
โปรดระบุหมายเลขสมาชิก.....	บาท
นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดทั่วไป	๔,๒๐๐
	บาท

ประเภทของอาหารกลางวัน (กรุณาทำเครื่องหมาย หน้าข้อที่ท่านเลือก)

() อาหารทุกประเภท () อาหารอิสลาม () อาหารมังสวิรัต

การลงทะเบียนและวิธีการลงทะเบียน

๑. โอนเงินค่าสมัครเข้า บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารทหารไทย สาขาโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ชื่อบัญชี "น.ส.สุจิตรา เจียมวิจิตรกุล" บัญชีเลขที่ 049 - 2 - 84855 -

1

๒.ชำระเงินล่วงหน้าก่อนวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๕๔

๓.ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาการโอนเงินมาที่

โทรสารหมายเลข 02-534-7438

(กรุณาโทรศัพท์แจ้งภายหลังการส่งเอกสารที่เบอร์ 02-534-7438)

ทาง e-mail : pt_bhumibol@yahoo.com

(ให้โทรศัพท์แจ้งการส่งที่เบอร์ 02-534-7438 และจะได้รับ การตอบกลับทาง email address)

๔.สามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.thaipt.org

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ น.ส.กัลยกร ผ่องใส โทรศัพท์ 02-534-7438

ลงนาม

ผู้สมัคร.....

.

()

****หมายเหตุ กรุณาสอบถามที่นั่งล่วงหน้าก่อนโอนเงินค่ะ**