

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง “Manual Therapy: Assessments and Managements of Musculoskeletal Problems of the Upper Quarter Region for Physical Therapy”

ระหว่างวันที่ 21 - 23 กุมภาพันธ์ 2559

ณ คลินิกกายภาพบำบัด ชั้น 6 อาคารบริการ : ศาสตราจารย์ ม.ล.ปิ่น มาลากุล และ
ห้องประชุมสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย ชั้น 19 อาคารนวัตกรรม ศาสตราจารย์สาโรช บัวศรี
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 114 ซอยสุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ



ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ/_____ นามสกุล _____

ตำแหน่ง _____ สถานที่ทำงาน _____

อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

E-mail address _____ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ _____

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม (โปรดระบุชื่อและที่อยู่) _____

การจองห้องพักที่ โรงแรมสวูเทล (SWUTEL HOTEL) อาคารบริการ : ศาสตราจารย์ ม.ล.ปิ่น มาลากุล
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 114 ซอยสุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ ราคา
ห้องพักเดี่ยว/คู่ 1,650 บาท

ห้องพักเดี่ยว ห้องพักคู่ พักคู่กับ _____

หมายเหตุ : การชำระค่าห้องพัก ให้ผู้เข้าอบรมชำระเงินเองที่ โรงแรมสวูเทล (SWUTEL HOTEL)
เมื่อมาเข้าพัก เบอร์โทร. 0 2169 1000

การลงทะเบียนและวิธีการลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนเข้ารับการอบรมสำหรับ

- นักกายภาพบำบัดที่เป็น Clinical Instructor (CI) และศิษย์เก่าของคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คนละ 4,000 บาท
- นักกายภาพบำบัดและอาจารย์จากสถาบันต่างๆ คนละ 4,500 บาท

1. โอนผ่านทางธนาคาร

ชื่อบัญชี “คณะสหเวชศาสตร์ มศว” ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา มศว องค์กรฯ ประเภทออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 283 - 204359-3

2. ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล กรุณาแจ้งล่วงหน้าก่อนวันอบรม 1 สัปดาห์

3. ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินค่าลงทะเบียน ภายในวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2559

ทางโทรสาร 0 2649 5450 หรือ 037 395438 หรือ E-mail: registerPT59@gmail.com

หากชำระค่าลงทะเบียนแล้ว จะไม่คืนเงินค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

และไม่รับชำระค่าลงทะเบียนหน้างาน การสมัครอบรมจะสมบูรณ์ต่อเมื่อได้รับใบสมัครพร้อมใบโอนเงินเรียบร้อยแล้ว

หมายเหตุ : คณะฯ จะปิดรับสมัครเมื่อผู้เข้ารับการอบรมครบตามจำนวนที่รับสมัครแล้ว

4. ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ **คุณศุภลักษณ์ ฉายากุล** เฉพาะวันและเวลาราชการ เวลา 08.30 - 16.00 น.

โทรศัพท์ 0 2649 5000 ต่อ 27339

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 3237 8627

ใบสมัครและรายละเอียดโครงการ สามารถดาวน์โหลดได้จาก <http://healthsci.swu.ac.th>

สามารถตรวจสอบรายชื่อผู้เข้าอบรม ได้ทาง <http://healthsci.swu.ac.th> ก่อนการอบรม 1 สัปดาห์ เฉพาะผู้สมัครที่ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนแล้วเท่านั้น

ลงชื่อ _____

(_____)

วันที่ _____