



ใบสมัครเข้ารับการอบรมวิชาการ

“การส่งเสริมพัฒนาการเด็กพิเศษ แบบองค์รวมผ่านกระบวนการเล่นตามหลักการ DIR/ฟลอรีไทม์”

ครั้งที่ 10/2562

วันที่ 18-20 ธันวาคม 2562

ชื่อ.....นามสกุล.....

อาชีพ.....

ชื่อหน่วยงาน/ คณะ/ โรงพยาบาล/กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาไทย).....

ที่อยู่ทำงานปัจจุบัน

เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มือถือ.....E-mail (**ตัวบรรจง**).....รายละเอียดประเภทอาหาร อาหารทั่วไป อาหารมุสลิม มังสวิรัตท่านแพ้อาหาร ไม่มี มี (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ:

- กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมาทาง E-mail: tunni_sa@hotmail.com
- กรุณาโอนเงินเพื่อเข้าบัญชี ม.มหิตล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี เลขที่บัญชี 026-2-11222-9 (เอกสารหมายเลข 2)
- การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อภาควิชา ได้รับหลักฐานการโอนเงินและแบบฟอร์มการลงทะเบียนแล้ว
(ภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2562)
- **สอบถามข้อมูล และยืนยันการชำระเงิน**
ได้ที่ ภาควิชาวิทยาศาสตร์สื่อความหมายและความผิดปกติของการสื่อความหมาย
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี อาคาร 4 ชั้น 4
โทรศัพท์ 02 201 2425 โทรสาร 02 201 2208