



## แบบฟอร์มการชำระค่าลงทะเบียน สำหรับแพทย์/นักวิชาชีพ/บุคลากรสาธารณสุข

### สำหรับผู้เข้าร่วมอบรม


ชื่อ-สกุลผู้สมัคร.....อายุ ..... ปี ตำแหน่งงานปัจจุบัน .....

ชื่อสถาบันหน่วยงาน/ .....จังหวัด .....

หมายเลขโทรศัพท์/มือถือ .....Line ID .....

อีเมล ..... อาหาร  ปกติ  มังสวิรัติ  อื่นๆ ระบุ .....

### หลักสูตรและวงทเขาอบรม

 <b>ชื่อบัญชี</b> โครงการอบรมหลักสูตรการส่งเสริมเด็กพัฒนาการล่าช้าเด็กพิเศษอย่างเป็นองค์รวม <b>ธนาคาร</b> ไทยพาณิชย์ สาขา ม.มหิดล (ศาลายา) <b>เลขที่บัญชี</b> 333-251647-4		
หลักสูตรพื้นฐาน		จำนวนเงิน
บุคลากรสาธารณสุข (4 วัน)	<input type="checkbox"/> อังคารที่ 7 – ศุกร์ที่ 10 มี.ค. 2560 <input type="checkbox"/> อังคารที่ 6 – ศุกร์ที่ 9 มิ.ย. 2560	4,800 บาท/คน
แพทย์/นักวิชาชีพ (4 วัน)	<input type="checkbox"/> อังคารที่ 28 – ศุกร์ที่ 31 มี.ค. 2560	6,000 บาท/คน , นักศึกษา 5000**
หลักสูตรภาคปฏิบัติ		
สำหรับแพทย์/นักวิชาชีพ/ บุคลากรสาธารณสุข (5 วัน)	<input type="checkbox"/> จันทร์ที่ 15 – ศุกร์ที่ 19 พ.ค. 2560 <input type="checkbox"/> จันทร์ที่ 26 – ศุกร์ที่ 30 มิ.ย. 2560 <input type="checkbox"/> จันทร์ที่ 31 ก.ค. – ศุกร์ที่ 4 ส.ค. 2560	6,000 บาท/คน , นักศึกษา 5000**

\*\*สำหรับ Residents , Fellow และนักวิชาชีพที่กำลังศึกษาต่อ ค่าลงทะเบียน 5,000บาท/คน สำหรับบัตรประจำตัวนักศึกษาเข้าร่วมด้วย

### ประสงค์จะให้ออกหลักฐานการชำระเงิน โดยสามารถเบิกต้นสังกัดได้ (ควรตรวจสอบกับต้นสังกัดให้ชัดเจน)

ใบเสร็จรับเงินออกในนาม/ได้รับเงินจาก : .....

ที่อยู่ : .....

- หมายเหตุ**
1. ค่าลงทะเบียน (อาหารกลางวัน อาหารว่าง เอกสาร/หนังสือคู่มือ) ไม่รวมค่าที่พัก
  2. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและแนบ Play In slip ที่ชัดเจนและส่งให้กับเจ้าหน้าที่ Fax 02-4410167 หรือ e-mail : mahidolclinic@gmail.com ก่อนวันอบรม 7 วัน เพื่อตรวจสอบและดำเนินการส่งให้การเงินของสถาบันฯ และจัดเตรียมการออกใบเสร็จรับเงิน
  3. ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี
  4. ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ คลินิกพัฒนาการเด็ก โทรศัพท์ 094-576-2309

สำหรับแนบ Play In slip

