



## ใบสมัครหลักสูตรพื้นฐาน สำหรับพ่อ/แม่/พี่เลี้ยง/ผู้ดูแล เด็กพัฒนาการล่าช้า เด็กพิเศษ

วันศุกร์ที่ 1 – วันเสาร์ที่ 2 กุมภาพันธ์ 2562

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (นาย,นาง,นางสาว) ..... อายุ ..... ปี

( ) พ่อ/แม่ ( ) พี่เลี้ยง ( ) ผู้ดูแล

ที่อยู่

.....  
.....

โทรศัพท์/มือถือ ..... Line ID .....

อีเมล .....

อาหาร  ปกติ  มังสวิรัต  อื่นๆ ระบุ .....

ประสงค์จะให้ออกหลักฐานการชำระเงิน โดยสามารถเบิกต้นสังกัดได้ (ควรตรวจสอบกับต้นสังกัดให้ชัดเจน)

ใบเสร็จรับเงินออกในนาม/ได้รับเงินจาก : .....

ที่อยู่ : .....

อัตราค่าลงทะเบียน **2,000 บาท/คน**

ชื่อบัญชี โครงการอบรมหลักสูตรการส่งเสริมเด็กพัฒนาการล่าช้าเด็กพิเศษอย่างเป็นองค์รวม



ธนาคาร ไทยพาณิชย์ สาขา ม.มหิดล (ศาลายา) เลขที่บัญชี **333-251647-4**

### หมายเหตุ

- ค่าลงทะเบียน (อาหารกลางวัน อาหารว่าง เอกสาร/หนังสือคู่มือ) ไม่รวมค่าที่พัก
- กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนและแนบ Play In slip ที่ชัดเจนและส่งมาที่ e-mail : [mahidolclinic@gmail.com](mailto:mahidolclinic@gmail.com) ก่อนวันอบรม
- ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี
- ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 094-327-0260
- วันที่เข้ารับการอบรมผู้เข้าร่วมอบรม กรุณาใส่กางเกงขายาวสีสุภาพ**