

แบบลงทะเบียนอบรม

การส่งเสริมเด็กพัฒนาการล่าช้า เด็กพิเศษ อย่างเป็นทางการ (ปีที่ 4/2561)
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา

ชื่อ-สกุล นาง/นางสาว/นาย อายุ ปี

สถาบัน/หน่วยงาน:

| | | | |
|---------------------|------------------|--|--|
| ตำแหน่งงานปัจจุบัน | | | |
| ชื่อสถาบัน/หน่วยงาน | | | |
| ที่อยู่หน่วยงาน | | | |
| จังหวัด | โทรศัพท์ที่ทำงาน | | |
| รหัสไปรษณีย์ | โทรศัพท์มือถือ | | |

อาหาร : ปกติ ปกติ อิสลาม มังสวิรัต อื่นๆระบุ.....

กรุณา **หลักสูตรและวันที่เข้าอบรม (*สามารถสมัครและชำระเงินได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงก่อนวันอบรม 7 วัน หรือจนกว่าจะเต็ม)**

- ◆ **หลักสูตรพื้นฐาน สำหรับพ่อแม่ อัตราค่าลงทะเบียน 2,000 บาท/คน**
 วันศุกร์ที่ 2 – วันเสาร์ที่ 3 ก.พ. 2561 (*สมัครภายในวันที่ 26 ม.ค. 61)
- ◆ **หลักสูตรพื้นฐาน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข อัตราค่าลงทะเบียน 4,800 บาท/คน**
 วันอังคารที่ 20 – วันศุกร์ที่ 23 ก.พ. 2561 (*สมัครภายในวันที่ 13 ก.พ. 61)
- ◆ **หลักสูตรพื้นฐาน สำหรับแพทย์และนักวิชาชีพ**
 วันอังคารที่ 6 – วันศุกร์ที่ 9 มี.ค. 2561 (*สมัครภายในวันที่ 27 ก.พ. 61)
อัตราค่าลงทะเบียน 6,000 บาท/คน นักศึกษา 5,000 บาท/คน ****แนบบัตรประจำตัวนักศึกษา****
- ◆ **หลักสูตรภาคปฏิบัติ (สำหรับผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพื้นฐานมาแล้ว) อัตราค่าลงทะเบียน 6,000 บาท/คน**
 รุ่นที่ 1 วันจันทร์ที่ 21 – วันศุกร์ที่ 25 พ.ค. 2561 (*สมัครภายในวันที่ 14 พ.ค. 61)
 รุ่นที่ 2 วันจันทร์ที่ 4 – วันศุกร์ที่ 8 มิ.ย. 2561 (*สมัครภายในวันที่ 14 พ.ค. 61)
- ◆ **หลักสูตร Coaching พ่อแม่ (เฉพาะผู้ที่ผ่านการอบรมภาคปฏิบัติมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี) อัตราค่าลงทะเบียน 6,000 บาท/คน**
 วันจันทร์ที่ 25 – วันศุกร์ที่ 29 มิ.ย. 2561 (*สมัครภายในวันที่ 18 มิ.ย. 61)

การสมัครจะสมบูรณ์เมื่อ

1. ท่านส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียน ทางโทรสาร 0-2441-0167 หรือทาง e-mail : mahidolclinic@gmail.com
2. เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับหลักฐานใบสมัครและหลักฐานการโอนเงินแล้วจะแจ้งยืนยันตอบรับการสมัครผ่านทาง e-mail หรือทางโทรศัพท์ของท่าน
ในกรณีที่ท่านไม่ได้รับการติดต่อภายใน 7 วันที่ท่านส่งหลักฐานกรุณาติดต่อกลับด้วยตนเองได้ที่ คุณประพา 094-5762309

แนบหลักฐานการโอนเงิน

ชื่อบัญชี **โครงการอบรมหลักสูตรการส่งเสริมเด็กพัฒนาการล่าช้า เด็กพิเศษอย่างเป็นทางการ**
ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ สาขามหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่บัญชี 333-251647-4

ติดต่อสอบถามโทรศัพท์ 094-5762309 หรือ www.mahidolclinic.com

