

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตร “เทคนิค Vojta สำหรับนักกายภาพบำบัด รุ่นที่ 1”
ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
โทร.0-2591-5455 ต่อ 6808 โทรสาร 0-2591-1766
E-mail : aeypatcha@gmail.com

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

.....
รายละเอียดส่วนตัว

ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว) _____ นามสกุล _____

ชื่อ-นามสกุล ภาษาอังกฤษ _____ .วัน เดือน ปีเกิด _____

.สถานที่ทำงานปัจจุบัน _____ .ที่อยู่หน่วยงาน _____

. _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์สำนักงาน _____ .ต่อ _____ .โทรสาร _____

.โทรศัพท์มือถือ _____ E-mail : _____

รวมเวลารับราชการ _____ ปี (เฉพาะกรณีเป็นราชการ) มีประสบการณ์ทำงานด้านเด็ก
พิการ _____ ปี

ประวัติการทำงาน

| วัน เดือน ปี | ตำแหน่ง/หน้าที่ | สังกัด |
|--------------|-----------------|--------|
| | | |

ท่านเคยผ่านการอบรมทางด้านกายภาพบำบัดหรือเด็กพิการหรือไม่

ไม่เคย เคย (โปรดระบุ) หลักสูตร

∴
เหตุผลที่ท่านสมัครเข้ารับการอบรมในครั้งนี้

∴

∴

∴

ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้าได้อ่านเงื่อนไขแล้ว ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามหลักสูตรที่กำหนดทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามเงื่อนไขของหลักสูตรทุกประการ

ข้าพเจ้าขอแนบหลักฐานการสมัคร

(ลงชื่อ).....

1. ใบสมัคร จำนวน 1 ชุด (ติดรูปถ่าย 1 นิ้ว)

(.....)

2. สำเนาปริญญาบัตร จำนวน 1 ฉบับ

ตำแหน่ง.....

3. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาชั้นปริญญาตรี (Transcript)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

4. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรประจำตัวข้าราชการ จำนวน 1 ฉบับ

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

.....ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาของ.....ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตรและยินดีปฏิบัติตามเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....