

ใบสมัครเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง

Corrective Exercise for Musculoskeletal Injury

วันที่ 3 – 4 กันยายน 2560

ณ ห้องประชุมบัญชา ล้ำค่า อาคาร 2 ชั้น 6

โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

กรุณาพิมพ์หรือเขียนตัวบรรจง

คำนำหน้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)..... (มือถือ).....

โทรสาร..... E-mail.....

ออกใบเสร็จในนาม.....

ประเภทของอาหาร ดังนี้

☐ อาหารทั่วไป ☐ อาหารอิสลาม ☐ อาหารมังสวิรัต ☐ แพ้อาหาร.....

อัตราค่าลงทะเบียน 3,500 บาท

วิธีการชำระค่าลงทะเบียน

1. กรุณาส่งใบสมัครมาทางโทรสารหมายเลข 02-3911290 (ระบุส่งถึง คุณอุดมเดช แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู

และกายภาพบำบัด) หรือทาง E-mail address : svhrehab@samitivej.co.th

ภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2560

2. รอ E-mail ยืนยันสิทธิการสมัคร ก่อนทำการโอนเงินเข้า บัญชี บริษัทสมิติเวช จำกัด (มหาชน)

ธนาคาร ธนาชาติ สาขา รพ.สมิติเวช สุขุมวิท เลขที่บัญชี 003-2-00549-0

3. ส่งหลักฐานการโอนเงินมาทางโทรสาร หรือทาง E-mail ที่แจ้งไปข้างต้น หรือหากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ

เบอร์ 085-5553942 คุณอุดมเดช พัฒนะจุฑา (กรุณาติดต่อภายในวันและเวลาราชการ 9.00 – 17.00)