



ใบสมัครเข้าร่วมการอบรม
หลักสูตรดูดยภาพบำบัดศาสตร์

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail:.....

อาชีพ.....

อาหาร ปกติ มุสลิม มังสวิรัต อื่น ๆ.....

ค่าลงทะเบียนการอบรม คนละ 1,250 บาท รวมเอกสารประกอบการอบรม อาหารกลางวัน เครื่องดื่มและของว่าง

ชำระค่าลงทะเบียน (โปรดชำระค่าลงทะเบียนภายในวันที่ 22 มีนาคม 2555)

เงินสด ที่บ้านสวนสหคลินิก

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาท่าพระ เลขที่ 017-2-50824-3
ชื่อบัญชี มูลนิธิดูดยภาพบำบัดเพื่ออายุและสุขภาพ

ธนาณัติ สั่งจ่าย น.ส.ปวีณา กิตติพาณิชกุล ที่ทำการไปรษณีย์ ปณ. ท่าพระ

กรุณาส่งใบสมัครและสำเนาการชำระเงินมาที่ มูลนิธิดูดยภาพบำบัดเพื่ออายุและสุขภาพ
214 ถนนบางแวก แขวงบางแวก เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ 10160 โทร.02 865 8114-6
หรือแฟกซ์เอกสารมาที่ โทรสาร. 02 865 8111

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

วันที่.....