

แบบแจ้งยืนยันการเข้าร่วมสัมมนา

โครงการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุบุคลากรภาครัฐ ประจำปี ๒๕๖๑ ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอห้วยเกเหล็ก จังหวัดสระบุรี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ..... ปี
เกิด/เดือน/ ปีเกิด.....
ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วยงาน.....
กระทรวง.....
ที่อยู่หน่วยงาน.....
.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....

รุ่นที่ต้องการเข้าร่วมสัมมนา

- ☐ รุ่นที่ ๑ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๑๖ – ๑๙ มกราคม ๒๕๖๑
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๐
- ☐ รุ่นที่ ๒ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๓๐ มกราคม – ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๑
- ☐ รุ่นที่ ๓ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๒๐ – ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๑
- ☐ รุ่นที่ ๔ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๖ – ๙ มีนาคม ๒๕๖๑
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑
- ☐ รุ่นที่ ๕ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๒๐ – ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๑
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๑
- ☐ รุ่นที่ ๖ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๒๔ – ๒๗ เมษายน ๒๕๖๑
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๑
- ☐ รุ่นที่ ๗ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๕ – ๘ มิถุนายน ๒๕๖๑
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๑
- ☐ รุ่นที่ ๘ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๑๐ – ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๑
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๑

กรุณาโอนเงินก่อนวันเดินทางในแต่ละรุ่นอย่างน้อย ๑๐ วันทำการ ออกใบเสร็จรับเงินในนาม

- ☐ ชื่อหน่วยงาน โปรดระบุ
- ☐ ชื่อบุคคล
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

โรคประจำตัว กรุ๊ปเลือด แพ้ยา

ผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน ชื่อ โทรศัพท์มือถือ

เกี่ยวข้องเป็น

การเดินทาง

- ☐ เดินทางไปกับรถที่ทางศูนย์ฯ จัดให้ ☐ เดินทางไปด้วยตนเอง

การจองห้องพัก

☐ พักเดี่ยว (ค่าใช้จ่ายส่วนเกินผู้เข้าร่วมสัมมนาต้องรับผิดชอบเองโดยชำระกับทางศูนย์ฯ มิชชั่น อัตราคืนละ ๗๕๐ บาท/คน

☐ พักคู่

กรณีพักคู่ ท่านมีความประสงค์

☐ ให้ศูนย์ฯ จัดคู่พักให้

☐ ขอพักคู่กับ โทรศัพท์มือถือ

ข้อมูลเพิ่มเติม

๑. ลงทะเบียนวันเดินทาง ณ บริเวณอาคารอำนวยการชั้น ๑ โรงพยาบาลมิชชั่น ถนนพิษณุโลก เขตดุสิต กรุงเทพฯ ระหว่างเวลา ๐๙.๓๐ – ๑๑.๓๐ น.

๒. กรณีเดินทางไปกลับศูนย์ฯ มิชชั่นจัดให้มีรถบริการ (ไม่เสียค่าใช้จ่าย) ออกจากโรงพยาบาล มิชชั่น เวลาประมาณ ๑๓.๐๐ น.

๓. การจัดที่พักจะจัดให้พักคู่ (ค่าใช้จ่ายรวมอยู่ในค่าลงทะเบียน) กรณีประสงค์จะพักเดี่ยว (หากมีจำนวนห้องเพียงพอ) ผู้เข้าร่วมสัมมนาต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินเอง โดยไม่สามารถเบิกจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบการฝึกอบรมฯ หรือการเดินทางไปราชการเนื่องจากโครงการสัมมนาฯ เป็นการตกลงค่าใช้จ่ายเป็นกรณีพิเศษกับกรมบัญชีกลาง

๔. อาหารและอาหารว่าง เป็นอาหารมังสวิรัต เครื่องดื่มเป็นเครื่องดื่มสมุนไพร ไม่มีชา กาแฟ

๕. กรุณาเตรียมของใช้ส่วนตัว ชุดออกกำลังกาย ชุดว่ายน้ำ รองเท้าผ้าใบ ยาประจำตัวไปด้วย

๖. ใบเสร็จค่าลงทะเบียน จะนำไปให้ที่โรงพยาบาลมิชชั่นในวันเดินทาง

หมายเหตุ : กรุณาโอนเงินค่าลงทะเบียน ก่อนวันสัมมนา เข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี สาขา ชื่อบัญชี เงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของ กรมกิจการผู้สูงอายุ เลขที่บัญชี ๐๑๓-๖-๑๑๓๓๕-๔ (ออมทรัพย์) และส่งสำเนาการโอนเงินค่าลงทะเบียนทางโทรสาร พร้อมระบุชื่อผู้เข้าร่วมสัมมนาและรุ่น/วันที่เข้าร่วมอบรมให้ชัดเจนและถูกต้องที่หมายเลข ๐ ๒๖๔๒ ๔๓๓๙ หรือโทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๐๙๖๑ ๗๙๒๓, ๐๘ ๕๑๒๖ ๔๕๒๓ หรือทางอีเมล dop58.misson@gmail.com , kriroek@hotmail.com สามารถดาวน์โหลดแบบตอบรับได้ที่ www.dop.go.th

ผู้ประสานงานโครงการ : น.ส. ไกรฤกษ์ ฤกษ์ดี

น.ส. จันทรสดา ป้านภูมิ