

แบบยืนยันการเข้าร่วมสัมมนาเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุบุคลากรภาครัฐ ประจำปี ๒๕๖๒

ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี

ส่วนที่ ๑

นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี ตำแหน่ง.....  
หน่วยงาน/กระทรวง.....โทรศัพท์มือถือ.....  
ที่อยู่หน่วยงาน.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทรสาร.....E-mail.....  
กรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อ ชื่อ.....โทรศัพท์มือถือ.....เกี่ยวข้องกับ.....

ส่วนที่ ๒

กรุณาเลือกรุ่นที่ต้องการเข้าร่วมสัมมนา ต้องมีอายุระหว่าง ๕๐-๖๐ ปี

กรุณาส่งแบบยืนยันตามวันเวลาที่กำหนด ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท (ท่านต้องเบิกจ่ายจากต้นสังกัด)

- |                                                                                                                           |                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> รุ่นที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๘ มกราคม ๒๕๖๒<br>ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๒            | <input type="checkbox"/> รุ่นที่ ๕ ระหว่างวันที่ ๒๖ - ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๒<br>ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๒     |
| <input type="checkbox"/> รุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๙ มกราคม - ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒<br>ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๒ | <input type="checkbox"/> รุ่นที่ ๖ ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒<br>ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒   |
| <input type="checkbox"/> รุ่นที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๑๒ - ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒<br>ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒    | <input type="checkbox"/> รุ่นที่ ๗ ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๒<br>ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๒ |
| <input type="checkbox"/> รุ่นที่ ๔ ระหว่างวันที่ ๕ - ๘ มีนาคม ๒๕๖๒<br>ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒         | <input type="checkbox"/> รุ่นที่ ๘ ระหว่างวันที่ ๙ - ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒<br>ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒     |

การเดินทาง  เดินทางไปกับรถที่ทางศูนย์ฯ จัดให้  เดินทางไปด้วยตนเอง

การจัดห้องพัก  พักคู่ กับ.....โทรศัพท์.....  
 ให้ศูนย์ฯ จัดคู่พักให้  
 พักเดี่ยว (ค่าใช้จ่ายส่วนเกินผู้เข้าร่วมสัมมนาต้องรับผิดชอบเองโดยชำระกับทางศูนย์ฯ มิชชั่นอัตราคืนละ ๗๕๐ บาท/คน)

ส่วนที่ ๓

๑. โปรดระบุ ชื่อ/หน่วยงาน ในการออกไปเสริม.....  
(ใบเสริมค่าลงทะเบียน จะนำไปให้ที่โรงพยาบาลมิชชั่นในวันเดินทาง)
๒. ลงทะเบียน ณ อาคารอำนวยการชั้น ๑ โรงพยาบาลมิชชั่น ถนนพิษณุโลก เขตดุสิต กรุงเทพฯ เวลา ๐๖.๐๐ - ๐๗.๐๐ น. ศูนย์ฯ มิชชั่น  
จัดรถบริการ (ไม่เสียค่าใช้จ่าย) ออกจากโรงพยาบาลมิชชั่น เวลาประมาณ ๐๘.๓๐ น.
๓. การจัดที่พักจะจัดให้พักคู่ (ค่าใช้จ่ายรวมอยู่ในค่าลงทะเบียน) กรณีประสงค์จะพักเดี่ยว (หากมีจำนวนห้องเพียงพอ) ผู้เข้าร่วมสัมมนาต้อง  
รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินเอง โดยไม่สามารถเบิกจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบการฝึกอบรมฯ หรือการเดินทางไปราชการเนื่องจากโครงการ  
สัมมนา เป็นการตกลงค่าใช้จ่ายเป็นกรณีพิเศษกับกรมบัญชีกลาง
๔. อาหารและอาหารว่าง เป็นอาหารมังสวิรัต เครื่องดื่มเป็นเครื่องดื่มสมุนไพร ไม่มี ชา กาแฟ
๕. กรุณาเตรียมของใช้ส่วนตัว ชุดออกกำลังกาย ชุดว่ายน้ำ รองเท้าผ้าใบ ยาประจำตัวไปด้วย

**หมายเหตุ :** - กรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียน ก่อนวันสัมมนาอย่างน้อย ๗ วัน เข้าบัญชีประเภทออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี  
อยุธยา “ชื่อบัญชีเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของ กรมกิจการผู้สูงอายุ เลขที่บัญชี ๐๑๓-๖-๐๑๓๓๕-๔” และส่งสำเนาหลักฐานการชำระเงิน  
ค่าลงทะเบียนทางโทรสาร พร้อมระบุชื่อผู้เข้าร่วมสัมมนาและรุ่น/วันที่เข้าร่วมอบรม ให้ชัดเจนและถูกต้อง ที่หมายเลข ๐ ๒๖๔๒ ๔๓๓๙  
ต่อ ๓๐๕, หรือทางอีเมล registerdop@gmail.com หรือ Line ID : @lbk2208e

- กรณีชำระค่าลงทะเบียนแล้วมีเหตุจำเป็นไม่สามารถเข้าร่วมสัมมนาได้ ขอให้หนังสือจากหน่วยงานต้นสังกัดถึงผู้อำนวยการ  
กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ ล่วงหน้า ก่อนวันสัมมนาอย่างน้อย ๗ วัน หากพ้นกำหนดนี้ ขอสงวนสิทธิการคืนเงินในทุกกรณี

ผู้ประสานงานโครงการ : น.ส. ไกรฤกษ์ ฤกษ์ดี โทร. ๐๘ ๕๑๒๖ ๔๔๒๓  
น.ส. จันทร์สุดา ป้านภูมิ โทร. ๐๙ ๐๙๖๑ ๗๙๒๓

