

แบบแจ้งยืนยันการเข้าร่วมสัมมนา
โครงการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุบุคลากรภาครัฐ ประจำปี ๒๕๖๐
ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอหมวกเหล็ก 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 ๑๔ - ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
- รุ่นที่ ๒ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๐
- รุ่นที่ ๓ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐
- รุ่นที่ ๔ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐
- รุ่นที่ ๕ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐
- รุ่นที่ ๖ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

โรคประจำตัว.....กรู๊ปเลือด.....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 ๑๐.๓๐ - ๑๒.๓๐ น.
๒. กรณีเดินทางไปกลับศูนย์ฯ มิชชั่นจัดให้มีรถบริการ (ไม่เสียค่าใช้จ่าย) ออกจากโรงพยาบาล มิชชั่น เวลาประมาณ ๑๒.๓๐ 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 : กรุณาส่งแบบแจ้งยืนยันการเข้าร่วมสัมมนา และสำเนาการโอนเงินค่าลงทะเบียนทางโทรสาร พร้อมระบุชื่อผู้เข้าร่วมสัมมนาและรุ่น/วันที่เข้าร่วมอบรมให้ชัดเจนและถูกต้อง ที่หมายเลข ๐ ๒๖๔๒ ๔๓๓๙ ต่อ ๓๐๕, หรือโทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๕๑๒๖ ๔๔๒๓,๐๖ ๓๕๙๕ ๔๖๕๓ หรือทางอีเมล kriroek@hotmail.com, pinnarath1932@hotmail.com

ผู้ประสานงานโครงการ : น.ส. ไกรฤกษ์ ฤกษ์ดี
ว่าที่ ร.ต.ปิ่นนเรศร์ นารณกรกิจ