

 **ID:..…….**

**ขอเชิญเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ**

**เรื่อง “กายภาพบำบัดในภาวะหลังหลวม ; Physical Therapy in Lumbar Instability”**

**วันที่ 17 ตุลาคม 2562 เวลา 13.00 – 17.00 น. และวันที่ 18 ตุลาคม 2562 เวลา 8.15 – 17.00 น.**

**ณ ห้องประชุม สิริคุณากร 3 ชั้น 2 สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

**ชื่อ-สกุล (พร้อมคำนำหน้า และตำแหน่งทางวิชาการ)**

ภาษาไทย (นาย, นาง, นางสาว) ........................................................................................................................................................................................

ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่) (Mr., Mrs.,Miss)....................................................................................................................................................................

ตำแหน่ง........................................ เลขที่ ก. ................................ เบอร์โทรศัพท์ผู้สมัคร............................... E-mail …………………….…………………………

ชื่อหน่วยงาน………………………………………………………………………………………………ที่อยู่หน่วยงาน......................................................................................

..........................................................................................เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน...............................................โทรสาร..................................................

กรุณาแจ้งข้อมูลในการออกใบเสร็จรับเงิน ...........................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ประเภทอาหาร  ทั่วไป  เจ  อิสลาม  มังสวิรัติ  อื่นๆ..........................................................................................................................................

**รูปแบบการสมัคร** กรุณาทำเครื่องหาย √ หน้าข้อที่เลือก

|  |  |
| --- | --- |
| **ประเภท** | **อัตราค่าลงทะเบียน** |
|  นักกายภาพบำบัด/บุคลากรทางการแพทย์ทั่วไป  | 2,300 บาท |

**จำนวนเงินทั้งสิ้น รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ......................................... บาท** ( )

**การชำระเงิน**

 โอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น **บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 551-439664-2 ชื่อโครงการ “โครงการอบรมศูนย์วิจัย BNOJPH”**

**การส่งใบสมัคร**  **หากทำการโอนชำระค่าลงทะเบียนแล้วกรุณาส่งหลักฐานการชำระเงินไปยังผู้จัดดังนี้**

  1. อัพโหลดลงในลิงค์รับสมัคร หรือ

 2. E-mail: Pratchaya.kaladee@gmail.com หรือ

 3. ไปรษณีย์ถึง นายปรัชญา กาละดีศูนย์วิจัยปวดหลัง ปวดคอ ปวดข้ออื่นๆและสมรรถนะของมนุษย์ (BNOJPH) คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ. เมือง จ. ขอนแก่น 40002

 \*\* สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นายปรัชญา กาละดี โทรศัพท์ 085-4593315

หมายเหตุ - เมื่อโอนเงินชำระแล้ว จะไม่คืนเงินทุกกรณี

* หมดเขตการรับสมัครวันที่ ........................................................................
* ผู้เข้าร่วมการอบรมจะได้รับประกาศนียบัตรจากศูนย์วิจัยปวดหลัง ปวดคอ ปวดข้ออื่นๆและสมรรถนะของมนุษย์ (BNOJPH) คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
* สามารถตรวจสอบรายชื่อและสถานะการลงทะเบียนได้ทางลิงค์รับสมัคร……………………………………………………………………………………….

\*\*อยู่ระหว่างการขอหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขากายภาพบำบัด จากสภากายภาพบำบัด \*\*

ลงชื่อ……………………………………………………………

 (…………………………………………..…………….)

 วันที่........................................................................