**ใบสมัครเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การดูแลผู้มีบาดแผลทางใจ**

**(Psychotraumatology and Stabilization Techniques)**

**ระหว่างวันที่ 28 - 30 พฤศจิกายน 2561**

**ณ ตึก สธ. ชั้น 17 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย**

ชื่อสกุล (Name).................................................................................................................................................

อาชีพ (Occupation)...........................................................................................................................................

ชื่อ – สกุล ภาษาอังกฤษ ( Mr. / Mrs. / Ms.)...................................................................................................... ..........................................................................................................................................................................

หน่วยงาน (Office)............................................................................................................................................

หมายเลขโทรศัพท์ (Phone).............................................................Fax………..………..…………………...

โทรศัพท์มือถือ (Mobile)......................................................Email…………………..……………………….

***การชำระเงินค่าลงทะเบียน*** (ท่านจะได้รับใบเสร็จรับเงินในงานอบรม)

ค่าลงทะเบียน 3,500 บาท (รวมค่าอาหารกลางวัน อาหารว่าง และเครื่องดื่ม)

**ชำระเงินภายในวันที่ 12** พฤศจิกายน 2561

โอนเงินชื่อบัญชี สมาคมอีเอ็มดีอาร์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เลขที่บัญชี **406 – 866317 – 1 (Siam Commercial Bank A/C 406 – 866317 – 1)**

**\*หมายเหตุ 1. กรณียกเลิกการเข้าอบรมภายใน 12** พฤศจิกายน 2561 **คืนค่าลงทะเบียนทั้งหมด**

 **2. กรณียกเลิกการเข้าอบรมภายใน**  **17** พฤศจิกายน 2561 **คืนค่าลงทะเบียน 50%**

 **3. กรณียกเลิกการเข้าอบรมหลังวันที่ 22** พฤศจิกายน 2561 **ยกเลิกการคืนค่าลงทะเบียน**

***นำใบเสร็จไปเบิกต้นสังกัด*** 🗆 ใช่ 🗆 ไม่ใช่

หากเบิกต้นสังกัด เขียนชื่อ – นามสกุล หรือ ชื่อหน่วยงาน พร้อมที่อยู่ให้ชัดเจนในใบสมัครฉบับนี้

โดยออกใบเสร็จในนาม....................................................................................................................................

ที่อยู่...................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................**กรุณาส่งใบสมัคร และโอนเงินค่าลงทะเบียน ภายในวันที่ 12 พฤศจิกายน 2561**

กรุณาส่งหลักฐานการโอนเงินที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โทรสาร 02 – 256- 5176 หรือ นวพรรษ Email : eastwindbroke@hotmail.com หรือ

ชุติมณฑน์ Email : chutemon1971@gmail.com

**สอบถามเพิ่มเติม**

นวพรรษ 085-9342925 email : eastwindbroke@hotmail.com

หรือ ชุติมณฑน์ 098-4269834 email : chutemon1971@gmail.com