



ใบสมัครอบรม หลักสูตรการบริหารจัดการธุรกิจโรงพยาบาลอย่างมืออาชีพ

Advanced Professional Development Program in HEALTHCARE BUSINESS DEVELOPMENT
APDP-HBM: 20 มีนาคม ถึง 30 พฤษภาคม 2558 (ค่าลงทะเบียน 39,000 บาท ต่อ 1 ท่าน)

ณ วิทยาลัยการจัดการกรุงเทพ มหาวิทยาลัยพะเยา (สี่แยกเพลินจิต)

| | |
|---|--|
| ข้อมูลผู้สมัคร: โปรดกรอกทั้ง 2 ภาษา <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว ชื่อ - สกุล <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Miss Name - Surname เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. อายุ..... ปี | หลักฐานประกอบการสมัคร: สำเนาพร้อมลงชื่อรับรอง <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน เลขที่ <input type="checkbox"/> บัตรข้าราชการ เลขที่ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา |
| สถานะ: <input type="checkbox"/> ทำงาน <input type="checkbox"/> นิสิต นักศึกษา <input type="checkbox"/> ประชาชนทั่วไป การติดต่อ: โปรดระบุเพื่อการอำนวยความสะดวก โทรศัพท์มือถือ: E-mail: Line ID: ที่อยู่ปัจจุบัน: เลขที่..... หมู่ที่.....อาคาร..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวงอำเภอ/เขต จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ โทรสาร | กรณีเป็นนิสิต นักศึกษา: สถาบัน..... คณะ..... ชั้นปีที่..... กรณีทำงาน: ตำแหน่ง ที่ทำงาน เลขที่..... หมู่ที่.....อาคาร..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวงอำเภอ/เขต จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ โทรสาร |
| ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในเอกสารฉบับนี้ พร้อมหลักฐานประกอบการสมัคร เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับเงื่อนไขของหลักสูตรการบริหารจัดการธุรกิจโรงพยาบาลอย่างมืออาชีพ (APDP-HBM) จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน | |
| ลงชื่อ..... ผู้สมัคร (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ. | ลงชื่อ..... ผู้รับสมัคร (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ. |
| กรุณาโอนเงินเข้าบัญชี: วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยพะเยา ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา เซ็นทรัล ซิดลม บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 404-331559-9 | กรุณาส่งแฟกซ์ใบสมัคร: พร้อมหลักฐานการโอนเงินมาที่ FAX: 0-2117-1781 หรือ E-mail มาที่ woraphong@theseaconsulting.com ภายในที่ 9 มีนาคม 2558 หรือสอบถามเพิ่มเติม ที่ คุณวรพงศ์ โทร 08-7021-2170, 09-6330-9337 |