

ใบสมัครเข้าร่วมอบรมหลักสูตร

Certificate in Clinical Research Methodology & Analysis: CRMA 2924

จัดฝึกอบรมระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึง เดือนมกราคม 2568

หลักสูตรบัณฑิตศึกษาสาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

1 ชื่อ-นามสกุล

(ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว _____

(ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Miss _____

2 หมายเลขบัตรประชาชน _____

3 ตำแหน่งงาน _____

4 ระดับการศึกษา

ปริญญาตรี

ปริญญาโท

ปริญญาเอก

วุฒิการศึกษาย่อ (เช่น พบ., วท.บ., พย.บ.) _____ หลักสูตร/สาขาวิชา _____

5 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ _____

E-Mail: _____ ID Line: _____

6 ชำระเงินค่าสมัครอบรม ธนาคารกสิกรไทย เลขที่ 058 2 79124 4 สาขานนงามวงศ์วาน บัญชี: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

เมื่อวันที่ _____ จำนวนเงิน _____ บาท

ทำเครื่องหมาย ด้านหน้าช่องเพื่อเลือกครั้งที่เข้าอบรม

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

7 ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จรับเงิน _____

8 ท่านต้องการหนังสือเชิญเข้าอบรมเพื่อขออนุญาตจากตงสังกัด

ต้องการ

ไม่ต้องการ

ลงชื่อผู้สมัคร _____

วันที่ _____

ลงชื่อผู้บังคับบัญชา _____

ตำแหน่งงาน _____

หมายเหตุ

วันที่ _____

- กรุณาส่งหลักฐานการชำระเงินมายัง Email: antiaging@dpu.ac.th

- ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อ หลักสูตรวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ โทร 0 2954 7300 ต่อ 853