

แบบกรอกข้อมูลผู้รับการเสนอชื่อนักจิตวิทยาคลินิกดีเด่น สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

ประจำปี 2561

ด้านรางวัลนักจิตวิทยาคลินิกเกียรติยศ

ชื่อ-สกุลผู้รับการเสนอชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง..... เลขที่ จ.ค.

ตำแหน่งทางวิชาชีพนักจิตวิทยาคลินิก ระดับ.....

อายุการทำงานด้านจิตวิทยาคลินิกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา.....ปี

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ประวัติการศึกษา

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ประวัติการทำงาน

.....
.....
.....
.....
.....
.....

เกียรติประวัติหรือผลงานที่สร้างคุณประโยชน์แก่นักจิตวิทยาคลินิกและประชาชน

.....
.....
.....
.....
.....

หมายเหตุ กรณีมีข้อมูลนำเสนอเกินกว่าพื้นที่ที่กำหนด สามารถขยายแบบเพื่อกรอกข้อมูลเพิ่มเติมได้

แบบกรอกข้อมูลผู้รับการเสนอชื่อนักจิตวิทยาคลินิกดีเด่น สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

ด้านรางวัลนักจิตวิทยาคลินิกผู้มีผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมยอดเยี่ยม

ชื่อ-สกุลผู้รับการเสนอชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง..... เลขที่ จ.ค.

ตำแหน่งทางวิชาชีพนักจิตวิทยาคลินิก ระดับ.....

อายุการทำงานด้านจิตวิทยาคลินิกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา.....ปี

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ประวัติการศึกษา

.....
.....
.....

ประวัติการทำงาน

.....
.....
.....

ผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมด้านจิตวิทยาคลินิก

.....
.....
.....
.....

คุณค่าและคุณประโยชน์ของผลงานด้านจิตวิทยาคลินิก

.....
.....

ชื่อ-สกุล ผู้รับรองผลงาน.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

หมายเหตุ กรณีมีข้อมูลนำเสนอเกินกว่าพื้นที่ที่กำหนด สามารถขยายแบบเพื่อกรอกข้อมูลเพิ่มเติมได้

แบบกรอกข้อมูลผู้รับการเสนอชื่อนักจิตวิทยาคลินิกดีเด่น สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

ด้านรางวัลนักจิตวิทยาคลินิกผู้ปฏิบัติงานดีเด่นประจำปี

- () ระดับเชี่ยวชาญ หรือเทียบเท่า () ระดับชำนาญการพิเศษ หรือเทียบเท่า
() ระดับชำนาญการ หรือเทียบเท่า () ระดับปฏิบัติการ หรือเทียบเท่า

ชื่อ-สกุลผู้รับการเสนอชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....เลขที่ จ.ค.

ตำแหน่งทางวิชาชีพนักจิตวิทยาคลินิก ระดับ.....

อายุการทำงานด้านจิตวิทยาคลินิกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา.....ปี

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ประวัติการศึกษา

.....
.....
.....
.....

ประวัติการทำงาน

.....
.....
.....
.....

ผลการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิกที่โดดเด่นเป็นที่ประจักษ์

.....
.....
.....
.....

ชื่อ- สกุน ผู้รับรอง/อ้างอิงถึง.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

หมายเหตุ กรณีมีข้อมูลนำเสนอเกินกว่าพื้นที่ที่กำหนด สามารถขยายแบบเพื่อกรอกข้อมูลเพิ่มเติมได้