

แบบกรอกข้อมูลผู้รับการเสนอชื่อนักจิตวิทยาคลินิกดีเด่น  
สมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย ประจำปี 2564

.....  
ด้านรางวัลนักจิตวิทยาคลินิกเกียรติยศ

ชื่อ-สกุล ผู้รับการเสนอชื่อ (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.....

ชื่อ-สกุล ผู้รับรองผลงาน.....ตำแหน่ง.....  
หน่วยงาน.....  
โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ประวัติการศึกษา

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

ประวัติการทำงาน

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

ผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมด้านจิตวิทยาคลินิก

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

คุณค่าและคุณประโยชน์ของผลงานด้านจิตวิทยาคลินิก

.....

หมายเหตุ กรณีมีข้อมูลนำเสนอเกินกว่าพื้นที่ที่กำหนด สามารถขยายแบบเพื่อกรอกข้อมูลเพิ่มเติมได้

แบบกรอกข้อมูลผู้รับการเสนอชื่อนักจิตวิทยาคลินิกดีเด่น  
สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

.....  
ด้านรางวัลนักจิตวิทยาคลินิกผู้ปฏิบัติงานดีเด่นประจำปี 2564

- ( ) ระดับเชี่ยวชาญ ( ) ระดับชำนาญการพิเศษ ( ) ระดับชำนาญการ ( ) ระดับปฏิบัติการ  
( ) พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวง

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

ตำแหน่ง..... เลขที่ จ.ค. ....

ตำแหน่งทางวิชาชีพนักจิตวิทยาคลินิก ระดับ.....

อายุการทำงานด้านจิตวิทยาคลินิกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา.....ปี

หน่วยงาน.....

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

ชื่อ-สกุล ผู้รับรอง/อ้างอิงถึง.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

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

ประวัติการศึกษา

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

ประวัติการทำงาน

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

ผลการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิกที่โดดเด่นเป็นที่ประจักษ์

.....  
.....

หมายเหตุ กรณีมีข้อมูลนำเสนอเกินกว่าพื้นที่ที่กำหนด สามารถขยายแบบเพื่อกรอกข้อมูลเพิ่มเติมได้