|  |
| --- |
|  |
| **ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการฝึกอบรม**  **การปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก รุ่นที่15/2566** |
| **วันที่.......................................................** |
| ชื่อ-สกุล(นาย, นางสาว, นาง)............................................................................................................................ |
| วันเดือนปีเกิด.....................................อายุ.........ปี โทรศัพท์ที่บ้าน............................ที่ทำงาน......................... |
| โทรศัพท์มือถือ..............................................e-mail……………………………………………………………………………… |
| ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่สามารถติดต่อได้)...................................................................................................................... |
| ......................................................................................................................................................................... |
| วุฒิการศึกษา.................................................................สาขา......................................................................... สถาบัน………………………………………………………………. ปี พ.ศ.......................................................................... |
| ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง..................................... หน่วยงาน ................................................................. |
| สังกัด ...........................................................................ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ………………………….….....ปี |
| ประสบการณ์การทำงานด้านจิตวิทยาคลินิก.......ปี........เดือน. ตั้งแต่ ............................. ถึง ......................... |
| เลือกสถาบันฝึกปฏิบัติ ลำดับที่ 1................................................................................................................ |
| ลำดับที่ 2 ............................................................................................................... |
| ลำดับที่ 3 ............................................................................................................... |
| **หมายเหตุ** สามารถเปลี่ยนแปลงสถาบันฝึกปฏิบัติที่เลือกไว้ข้างต้นได้ ติดต่อรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่นางสุภาวดี นวลมณี หมายเลขโทรศัพท์ 081-8762440 |
| ลงชื่อ................................................................. |
| (…………..…………....................................) |
| **การอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมจากผู้บังคับบัญชาระดับหัวหน้าหน่วยงาน/ผู้อำนวยการ** |
| **(สำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานภาครัฐและเอกชน)** |
| ข้าพเจ้า.............................................................................................................................................................. |
| ตำแหน่ง...................................................หน่วยงาน.......................................................................................... |
| สังกัด................................................................................................................................................................. |
| อนุมัติให้...........................................................................ตำแหน่ง................................................................... |
| เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิกรุ่นที่15/2566 |
| ลงนาม.................................................................... |
| (…………..…………....................................) |
| ตำแหน่ง……………………………………………………….. |
|  |
| **หนังสือยืนยันด้วยตนเองเพื่อเข้ารับการฝึกอบรม** |
| ข้าพเจ้า...................................................................................ตำแหน่ง............................................................ |
| ขอยืนยันว่าจะเข้ารับการฝึกอบรม หลักสูตร “การปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิกรุ่นที่15/2566” และจะปฏิบัติตามข้อกำหนดในประกาศรับสมัคร รายละเอียดในหลักสูตร และตามระยะเวลาที่กำหนด  ตลอดหลักสูตร |
|  |
| ลงนาม ............................................................ |
| (…………...............................................) |