

ใบสมัครเข้าร่วมการอบรม

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านธุรกิจสุขภาพ ปี ๒๕๕๙

ภายใต้โครงการอัตลักษณ์ล้านนาสปาสู่สากลและโครงการเชื่อมโยงผู้ประกอบการและนักลงทุนตลอดห่วงโซ่อุปทาน
เพื่อเพิ่มศักยภาพและการขยายการลงทุนในอุตสาหกรรมเป้าหมาย
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙

- ๑.๑ วันที่สมัคร.....เดือน.....พ.ศ.
- ๑.๒ คำนำหน้า นาย นาง นางสาว ชื่อ.....สกุล.....
- ๑.๓ เพศ ๑.ชาย ๒.หญิง
- ๑.๔ อายุ (นับถึงวันสมัคร) ปี (นับจำนวนปีเต็ม หากมีเศษเกิน ๖ เดือน ให้ปัดเป็น ๑ ปี)
- ๑.๕ สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
- ๑.๖ เลขบัตรประชาชน/เลขที่บัตรข้าราชการ.....
- ๑.๗ ออกให้ที่.....วันที่.....วันหมดอายุ.....
- ๑.๘ วุฒิมัธยมศึกษา ๑.ต่ำกว่าประถมศึกษา ๒.ประถมศึกษา ๓.มัธยมศึกษาตอนต้น
 ๔.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ๕.อนุปริญญา/ปวส. ๖.ปริญญาตรี
๗.อื่นๆ (ระบุ).....
- ๑.๙ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ.....
E-mail address.....
- ๑.๑๐ ชื่อสถานที่ทำงาน.....
- ๑.๑๑ กรุณาระบุตำแหน่งตามหัวข้อ

<input type="checkbox"/> ๑.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ขนาด,ขนาดเสริมสวย,สปา) <input type="checkbox"/> ผู้บริหาร/กรรมการบริหาร/เจ้าของ <input type="checkbox"/> ผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ <input type="checkbox"/> ผู้ให้บริการ <input type="checkbox"/> พนักงานต้อนรับ <input type="checkbox"/> ครูผู้สอน <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานหน่วยสนับสนุนอื่นๆ เช่น พนักงานขับรถ แม่บ้าน กราฟฟิคดีไซน์	<input type="checkbox"/> ๒.โรงเรียนสอน (นวด,สปา) <input type="checkbox"/> ผู้บริหาร/กรรมการบริหาร/เจ้าของ <input type="checkbox"/> ผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ <input type="checkbox"/> ผู้ให้บริการ <input type="checkbox"/> พนักงานต้อนรับ <input type="checkbox"/> ครูผู้สอน <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานหน่วยสนับสนุนอื่นๆ เช่น พนักงานขับรถ แม่บ้าน กราฟฟิคดีไซน์	<input type="checkbox"/> ๓.หน่วยงานภาครัฐ <input type="checkbox"/> ระบุตำแหน่ง	(นอกเหนือจากข้อ ๑-๓) <input type="checkbox"/> ๔.ผู้สนใจ <input type="checkbox"/> เป็นผู้บริหารขององค์กร <input type="checkbox"/> กรรมการบริหาร <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ผู้ให้บริการอิสระ <input type="checkbox"/> ผู้ว่างงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ
--	---	--	---

๑.๑๒ ระบุหลักสูตรที่สมัครเข้าร่วมการอบรม

- หลักสูตรการนวดน้ำมันหอมระเหย วันที่ ๒-๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙
- หลักสูตรการนวดล้านนาผสมผสาน วันที่ ๒๒-๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙
- หลักสูตรการใช้น้ำด้วยภูมิปัญญาล้านนาและสากล วันที่ ๗-๙ มีนาคม ๒๕๕๙
- หลักสูตรสรรสร้างเอกลักษณ์สปาไทยล้านนาด้วยผลไม้ตามฤดูกาล วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ และ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๙
- หลักสูตรการพัฒนาเครื่องสำอางเพื่อการชะลอวัย วันที่ ๒๖-๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙
- หลักสูตรการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อการชะลอวัย วันที่ ๔-๖ มีนาคม ๒๕๕๙

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

๑.๑๓ ความเห็นของหัวหน้าหน่วยงาน/ต้นสังกัด อนุมัติให้เข้าร่วมการอบรม

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/ต้นสังกัด
(.....)

หมายเหตุ: สามารถสมัครได้โดยตรงที่หน่วยงานผู้รับผิดชอบแต่ละหลักสูตรการอบรม กรุณาสมัครเข้าร่วมการอบรมล่วงหน้าอย่างน้อย ๑๔ วัน ก่อนการอบรม