

แบบยืนยันการเข้าร่วมสัมมนาเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุบุคลากรภาครัฐ ประจำปี ๒๕๖๓

ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี

ส่วนที่ ๑

นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี ตำแหน่ง.....  
หน่วยงาน/กระทรวง.....โทรศัพท์มือถือ.....  
ที่อยู่หน่วยงาน.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทรสาร.....E-mail.....  
กรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อ ชื่อ.....โทรศัพท์มือถือ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ส่วนที่ ๒

กรุณาเลือกรุ่นที่ต้องการเข้าร่วมสัมมนา ต้องมีอายุระหว่าง ๕๐-๖๐ ปี

กรุณาส่งแบบยืนยันตามวันเวลาที่กำหนด ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท (ท่านต้องเบิกจ่ายจากต้นสังกัด)

รุ่นที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๗ มกราคม ๒๕๖๓  
ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๓

รุ่นที่ ๕ ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๓  
ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๓

รุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๔ - ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓  
ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๓

รุ่นที่ ๖ ระหว่างวันที่ ๑๙ - ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓  
ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๓

รุ่นที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓  
ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

รุ่นที่ ๗ ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๓  
ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๓

รุ่นที่ ๔ ระหว่างวันที่ ๓ - ๖ มีนาคม ๒๕๖๓  
ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

รุ่นที่ ๘ ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๓  
ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๓

การเดินทาง  เดินทางไปกับรถที่ทางศูนย์ฯ จัดให้

เดินทางไปด้วยตนเอง

การจัดห้องพัก  พักคู่ กับ.....โทรศัพท์.....

ให้ศูนย์ฯ จัดคู่พักให้

พักเดี่ยว (ค่าใช้จ่ายส่วนเกินผู้เข้าร่วมสัมมนาต้องรับผิดชอบเองโดยชำระกับทางศูนย์ฯ มิชชั่นอัตราคืนละ ๗๕๐ บาท/คน

ส่วนที่ ๓

๑. โปรดระบุ ชื่อ/หน่วยงาน ในการออกไปเสร็จ.....

(ใบเสร็จค่าลงทะเบียน จะนำไปให้ที่โรงพยาบาลมิชชั่นในวันเดินทาง)

๒. ลงทะเบียน ณ อาคารอำนวยการชั้น ๑ โรงพยาบาลมิชชั่น ถนนพิษณุโลก เขตดุสิต กรุงเทพฯ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ศูนย์ฯ มิชชั่น  
จัดรถบริการ (ไม่เสียค่าใช้จ่าย) ออกจากโรงพยาบาลมิชชั่น เวลาประมาณ ๑๓.๐๐ น.

๓. การจัดที่พักจะจัดให้พักคู่ (ค่าใช้จ่ายรวมอยู่ในค่าลงทะเบียน) กรณีประสงค์จะพักเดี่ยว (หากมีจำนวนห้องเพียงพอ) ผู้เข้าร่วมสัมมนาต้อง  
รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินเอง โดยไม่สามารถเบิกจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบการฝึกอบรมฯ หรือการเดินทางไปราชการเนื่องจาก  
โครงการสัมมนาฯ เป็นการตกลงค่าใช้จ่ายเป็นกรณีพิเศษกับกรมบัญชีกลาง

๔. อาหารและอาหารว่าง เป็นอาหารมังสวิรัต เครื่องดื่มเป็นเครื่องดื่มสมุนไพร ไม่มี ชา กาแฟ

๕. กรุณาเตรียมของใช้ส่วนตัว ชุดออกกำลังกาย ชุดว่ายน้ำ รองเท้าผ้าใบ ยาประจำตัวไปด้วย

**หมายเหตุ :** - กรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียน ก่อนวันสัมมนาอย่างน้อย ๗ วัน เข้าบัญชีประเภทออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาลานนครีอยุธยา  
“ชื่อบัญชีเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของ กรมกิจการผู้สูงอายุ เลขที่บัญชี ๐๑๓-๖-๐๑๓๓๕-๔” และส่งสำเนาหลักฐานการชำระเงินค่าลงทะเบียน  
ทางโทรสาร พร้อมระบุชื่อตัวของผู้เข้าร่วมสัมมนาและรุ่น/วันที่เข้าร่วมอบรม ให้ชัดเจนและถูกต้อง ที่หมายเลข ๐ ๒๖๔๒ ๔๓๓๙ ต่อ ๓๐๕, หรือ  
ทางอีเมล registerdop@gmail.com

- กรณีชำระค่าลงทะเบียนแล้วมีเหตุจำเป็นไม่สามารถเข้าร่วมสัมมนาได้ ขอให้มีหนังสือจากหน่วยงานต้นสังกัดถึงผู้อำนวยการ  
กองส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ล่วงหน้า ก่อนวันสัมมนาอย่างน้อย ๗ วัน หากพ้นกำหนดนี้ ขอสงวนสิทธิการคืนเงินในทุกกรณี

- แบบยืนยันฉบับนี้สำหรับการสมัคร ๑ ท่าน เท่านั้น

ผู้ประสานงานโครงการ : น.ส. ไกรฤกษ์ ฤกษ์ดี โทร. ๐๘ ๕๑๒๖ ๔๔๒๓

น.ส. จันทร์สุดา ป้านภูมิ โทร. ๐๙ ๐๙๖๑ ๗๙๒๓