



ใบลงทะเบียนเข้ารับการอบรม ประจำปี ๒๕๕๖

ชื่อ - สกุล

ตำแหน่ง

เลขที่ใบอนุญาตฯ (พยาบาล)

สถานที่ติดต่อ/สถานที่ทำงาน

ตำบล อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร

มือถือ E-mail

(พิมพ์/เขียนชื่อให้ชัดเจนและถูกต้อง เพื่อผลประโยชน์ของท่าน)

หลักสูตรที่ต้องการสมัคร

- ๑.) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 วันที่ ๒๗ - ๒๙ มีนาคม ๒๕๕๖
- ๒.) วิทยากรค่ายบำบัดผู้เสพยาเสพติด
 วันที่ ๑ - ๓ พฤษภาคม ๒๕๕๖
- ๓.) การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบ MATRIX Program
 รุ่นที่ ๑ วันที่ ๑๘ - ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๖
 รุ่นที่ ๒ วันที่ ๒๒ - ๒๖ เมษายน ๒๕๕๖
- ๔.) การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดเบื้องต้น
 วันที่ ๘ - ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๕๖

๕.) การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะบกพร่องทางสมอง

วันที่ ๑๕ - ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๕๖

๖.) แนวทางการดูแลผู้ป่วยเสพยาเสพติดสารกระตุ้น

วันที่ ๖ - ๗ มิถุนายน ๒๕๕๖

๗.) การพยาบาลผู้ป่วยสุรา

วันที่ ๑๐ - ๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๖

๘.) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดรูปแบบ FAST Model

วันที่ ๒๔ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๖

๙.) เวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์

วันที่ ๕ - ๙ สิงหาคม ๒๕๕๖

อาหาร ทั่วไป อิสลาม มังสวิรัติ

วิธีการชำระเงิน

๑. ชำระโดยโอนเงินผ่านธนาคาร ชื่อบัญชี เงินบำรุง สถาบันธัญญารักษ์ บัญชีเลขที่ ๑๒๐-๑-๗๙๖๓๔-๒ ธนาคารกรุงไทย สาขารังสิต
๒. ส่งสำเนาหลักฐานการชำระเงิน(ใบ Pay-in) พร้อมระบุชื่อหลักสูตร วันที่จัดอบรม ไปที่งานถ่ายทอดเทคโนโลยี Fax. ๐-๒๕๓๒-๕๑๘๗ และโทรยืนยันหลังการส่งโดยเร็ว
๓. สถาบันฯออกใบเสร็จตามชื่อและสถานที่ทำงานของผู้สมัครเท่านั้น
๔. สถาบันฯจะไม่คืนเงินค่าลงทะเบียนหลังจากท่านชำระเงินแล้วไม่ว่ากรณีใดทั้งสิ้น

หมายเหตุสำคัญ:

- โปรดสอบถามลำดับการสมัครก่อนส่งใบสมัครหรือชำระค่าลงทะเบียนทุกครั้งและ จะปิดการรับสมัครทันทีที่ครบจำนวน ไม่รับเพิ่มไม่ว่ากรณีใด
- เลขที่ใบอนุญาตฯ (กรอกไว้สำหรับผู้ที่มีความประสงค์จะใช้เป็นหลักฐานในการต่ออายุทางสภาการพยาบาล)
- โรงแรม/ที่พัก ผู้สมัครต้องติดต่อด้วยตนเอง (รายละเอียดในแผ่นพับประชาสัมพันธ์)
- สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ งานถ่ายทอดเทคโนโลยี สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี(สบยช.) โทร. ๐ ๒๕๓๑ ๐๐๘๐-๘ ต่อ ๔๗๙, ๔๕๑