

ใบสมัครฝึกอบรมหลักสูตร

Health Technology Management Training Programme

กรุณาเลือก (✓) หลักสูตรที่ท่านต้องการอบรม

หลักสูตร	วันอบรม	ค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียมรวม vat 7%	กรณีหัก ณ ที่จ่าย 3%
<input type="checkbox"/> Leadership in Healthcare Technology Management	<input type="checkbox"/> รุ่น 1 : 3-5 เม.ย. 62 <input type="checkbox"/> รุ่น 2 : 9-11 ต.ค. 62	28,037.38	30,000	-841.12
<input type="checkbox"/> Medical Device Accident Investigation and Management	<input type="checkbox"/> รุ่น 1 : 12-14 มิ.ย. 62 <input type="checkbox"/> รุ่น 2 : 12-14 ก.พ. 63	28,037.38	30,000	-841.12
<input type="checkbox"/> Technology Management	<input type="checkbox"/> รุ่น 1 : 14-16 ส.ค. 62 <input type="checkbox"/> รุ่น 2 : 22-24 ม.ค. 63	23,364.49	25,000	-700.93
Medical Equipment				
<input type="checkbox"/> รุ่นที่ 1 Anesthesia Units	<input type="checkbox"/> รุ่น 1 : 12-13 ก.ย. 62	17,663.55	18,900	-529.91
<input type="checkbox"/> รุ่นที่ 2 Ventilators	<input type="checkbox"/> รุ่น 2 : 28-29 พ.ย. 62			

* ค่าธรรมเนียมรวมค่าเอกสาร อาหารเครื่องดื่ม และวัสดุบัตรรับรองการอบรมเรียบร้อยแล้ว แต่ไม่รวมค่าธรรมเนียมการชำระเงินของธนาคาร

ข้อมูลผู้เข้าร่วมฝึกอบรม (กรุณากรอก ชื่อ-นามสกุล ภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ เพื่อใช้ในการออกใบวุฒิบัตร)

- ชื่อ-นามสกุล (ไทย).....Name (Eng).....
ตำแหน่ง.....
เบอร์โทรศัพท์..... E-mail.....
- ชื่อ-นามสกุล (ไทย).....Name (Eng).....
ตำแหน่ง.....
เบอร์โทรศัพท์..... E-mail.....
- ชื่อ-นามสกุล (ไทย).....Name (Eng).....
ตำแหน่ง.....
เบอร์โทรศัพท์..... E-mail.....
- ชื่อ-นามสกุล (ไทย).....Name (Eng).....
ตำแหน่ง.....
เบอร์โทรศัพท์..... E-mail.....

ข้อมูลหน่วยงานและที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน

บริษัท / หน่วยงาน เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ

..... รหัสไปรษณีย์

ชื่อผู้ประสานงาน

โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

E-mail (ใช้ในการตอบรับ).....

ประเภทกิจการ สาธารณสุข/โรงพยาบาล ภาคบริการ ระบุ.....
 หน่วยงานไม่แสวงหากำไร อื่นๆ ระบุ.....

การสมัครและชำระค่าลงทะเบียน

- 1) กรอกรายละเอียดในใบสมัครให้ครบถ้วน ส่งมาที่ E-mail : academy@rfs.co.th
- 2) เมื่อเจ้าหน้าที่ตอบกลับการสมัครแล้ว ชำระเงินผ่านทาง ธนาคารกรุงเทพ สาขาอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ รพ.รามธิบดี
ชื่อบัญชี บริษัท อาร์เอฟเอส จำกัด เลขที่บัญชี 090-700333-9 (ออมทรัพย์)
- 3) ส่งหลักฐานการชำระเงิน ระบุชื่อบริษัทของท่านมาที่ E-mail : academy@rfs.co.th เพื่อเป็นการยืนยันการสมัคร

*** ค่าธรรมเนียมการอบรมสามารถหักภาษี ณ ที่จ่ายได้ตามเงื่อนไขการจดทะเบียนองค์กรของท่าน และกรุณานำใบรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย มาแสดงในวันอบรม กรณีไม่นำมามอบในวันอบรมทางบริษัทขอสงวนสิทธิ์จัดเก็บค่าธรรมเนียมเต็มจำนวน

การยกเลิก ในกรณีที่ท่านไม่สามารถเข้าร่วมอบรมในวันที่สมัครได้ กรุณาแจ้งล่วงหน้าก่อนการอบรมอย่างน้อย 7 วัน และท่านสามารถเปลี่ยนหลักสูตรอบรมเป็นหลักสูตรอื่นแทนได้ แต่ทางบริษัทขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าธรรมเนียมทุกกรณี

.....

กรุณาตอบแบบสอบถาม

- 1) ท่านทราบข่าวฝึกอบรมนี้จากที่ใด
 ผ่านพบ Social Media Facebook/Twitter/IG E-mail
 เว็บไซต์ บริษัท อาร์เอฟเอส จำกัด วารสาร News Letter อื่นๆ โปรดระบุ.....
- 2) คุณต้องการรับข่าวสารการฝึกอบรมจากเราหรือไม่
 ใช่ ไม่ใช่
- 3) คุณสนใจเครื่องมือแพทย์ชนิดใดเป็นพิเศษหรือไม่
 ใช่ โปรดระบุ..... ไม่ใช่

ติดต่อสอบถามข้อมูลได้ที่ แผนกฝึกอบรม (คุณรุ่งทิวา) โทร : 02-764-6555 ต่อ 6120