

ใบสมัครการฝึกอบรม

หลักสูตร : การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นพื้นฐาน (Basic Hospital Transportation) ประจำปี 2563

กรุณาเลือก <input checked="" type="checkbox"/> รุ่นที่ท่านสนใจร่วมเข้าอบรม	ค่าธรรมเนียมรวมVAT และหัก 3 % แล้ว	ค่าธรรมเนียมรวม vat 7%
<input type="checkbox"/> รุ่นที่ 1 : 25-27 มีนาคม 2563 <input type="checkbox"/> รุ่นที่ 2 : 20-22 พฤษภาคม 2563 <input type="checkbox"/> รุ่นที่ 3 : 22-24 กรกฎาคม 2563	3,693.46	3,800*

\* ราคาดังกล่าวรวมเบรคคาเฟ่ อาหารกลางวัน และเอกสารประกอบการอบรมเรียบร้อยแล้ว

\*\* ค่าธรรมเนียมการอบรมสามารถหักภาษี ณ ที่จ่ายได้ตามเงื่อนไขการจดทะเบียนองค์กรของท่าน และกรุณานำใบรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย มาแสดงในวันอบรม กรณีไม่นำมาขอในวันอบรมทางบริษัทของสงวนสิทธิ์จัดเก็บค่าธรรมเนียมเต็มจำนวน

ข้อมูลผู้เข้าร่วมฝึกอบรม (กรุณากรอก ชื่อ-นามสกุล ให้ถูกต้อง เพื่อใช้ในการออกใบประกาศนียบัตร)

1. ชื่อ-นามสกุล ..... ตำแหน่ง.....  
 มือถือ..... E-mail.....  
 ประเภทอาหาร  ปกติ  อื่นๆ โปรดระบุ.....
2. ชื่อ-นามสกุล ..... ตำแหน่ง.....  
 มือถือ..... E-mail.....  
 ประเภทอาหาร  ปกติ  อื่นๆ โปรดระบุ.....
3. ชื่อ-นามสกุล ..... ตำแหน่ง.....  
 มือถือ..... E-mail.....  
 ประเภทอาหาร  ปกติ  อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. ชื่อ-นามสกุล ..... ตำแหน่ง.....  
 มือถือ..... E-mail.....  
 ประเภทอาหาร  ปกติ  อื่นๆ โปรดระบุ.....

\*\* กรุณาส่งใบสมัครล่วงหน้าก่อนวันอบรมอย่างน้อย 7 วัน ที่ [Academy@rfs.co.th](mailto:Academy@rfs.co.th) (รับเพียง 25 ท่าน/รุ่น)

**ข้อมูลหน่วยงานและที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน**

บริษัท / หน่วยงาน ..... เลขประจำตัวผู้เสียภาษี .....

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ .....

..... รหัสไปรษณีย์ .....

มีชื่อผู้เข้าอบรมในใบเสร็จ  ไม่ต้องมีชื่อผู้เข้าอบรมในใบเสร็จ  อื่นๆ โปรดระบุ.....

ชื่อผู้ประสานงาน .....

โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

E-mail (ใช้ในการตอบรับ).....

ประเภทกิจการ  สาธารณสุข/โรงพยาบาล  ภาคบริการ ระบุ.....

หน่วยงานไม่แสวงหากำไร  อื่นๆ ระบุ.....

**การชำระค่าลงทะเบียน**

1. กรอกรายละเอียดในใบสมัครให้ครบถ้วน ส่งมายัง E-mail : [academy@rfs.co.th](mailto:academy@rfs.co.th)
2. เมื่อส่งใบสมัครมาแล้ว กรุณาโทรติดต่อเจ้าหน้าที่ เพื่อยืนยันการสมัคร
3. เมื่อเจ้าหน้าที่ตอบกลับการสมัครแล้ว ชำระค่าลงทะเบียนโดยโอนเงินเข้าบัญชี “บริษัท อาร์เอฟเอส จำกัด” ธนาคารกรุงเทพ สาขาอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ รพ.รามธิบดี บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 090-700333-9
4. ส่งหลักฐานการโอนเงิน ระบุชื่อบริษัทของท่านมายัง E-mail : [academy@rfs.co.th](mailto:academy@rfs.co.th)

**การยกเลิก** ในกรณีที่ไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ กรุณาแจ้งล่วงหน้าก่อนการอบรม 7 วัน และสามารถเลือกหลักสูตรอบรมเป็นหลักสูตรอื่นแทนได้ แต่ทางบริษัทขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าธรรมเนียมการอบรม

.....

**แบบสอบถาม**

1. ท่านทราบข่าวฝึกอบรมนี้จากที่ใด
 

<input type="radio"/> แผ่นพับ	<input type="radio"/> Social Media Facebook/Twitter/IG	<input type="radio"/> E-mail
<input type="radio"/> เว็บไซต์ บริษัท อาร์เอฟเอส จำกัด	<input type="radio"/> วารสาร News Letter	<input type="radio"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....
2. คุณต้องการรับข่าวสารการฝึกอบรมจากเราหรือไม่
 

<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่
---------------------------	------------------------------

\*\* ติดต่อสอบถามข้อมูลติดต่อ ฝ่ายฝึกอบรม E-mail : [Academy@rfs.co.th](mailto:Academy@rfs.co.th) โทร : 02-764-6555 ต่อ 6111 หรือ 6120 (คุณพลอย,คุณแป้ง)

