แบบฟอร์มใบสมัครฝึกอบรม บริษัท อาร์เอฟเอส จำกัด

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| หลักสูตร | เวลาและสถานที่อบรม | รายละเอียดค่าอบรม |
| **⬜  รุ่นที่ 1 : 13-15 มี.ค. 2567**  **⬜  รุ่นที่ 2 : 17-19 มิ.ย. 2567**  **⬜  รุ่นที่ 3 : 15-17 ก.ค. 2567**  **⬜  รุ่นที่ 4 : 26-28 ส.ค. 2567**  **⬜  รุ่นที่ 5 : 28-30 ต.ค. 2567**  **⬜  รุ่นที่ 6 : 20-22 พ.ย. 2567** | 09:00-16:30 **น.**  **ณ ห้องประชุมชั้น** 9  **อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ รพ.รามาธิบดี** | |  |  | | --- | --- | | ค่าอบรม 1 ท่าน(บาท) | 3,551.40 | | Vat 7% | 248.60 | | **รวม (กรณีไม่มีหนังสือหัก ณ ที่จ่าย)** | 3,800.00 | | **หัก ณ ที่จ่าย 3%** | 106.54 | | **รวมจ่ายสุทธิ** | 3,693.46 | |

หลักสูตร : **การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน (Basic Hospital Transportation) ประจำปี 2567**

ส่วนที่ **1** เลือกหลักสูตร/รุ่นที่ท่านสนใจเข้าร่วมอบรม

***หมายเหตุ***

**\*ราคาดังกล่าวรวมอาหารว่าง อาหารกลางวัน และเอกสารประกอบการอบรมเรียบร้อยแล้ว**

**\*\*นำส่งหนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่ายมายังบริษัทฯตามที่อยู่ (โดยระบุเป็นค่าบริการ)**

ส่วนที่ 2 กรอกข้อมูลผู้เข้าร่วมฝึกอบรม **(กรุณากรอก ชื่อ-นามสกุลให้ถูกต้อง 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...................

**ส่วนที่ 3 ข้อมูลหน่วยงานและที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน**

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

**ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ ...........................................................................................................................................................................**

**.............................................................................................................................. รหัสไปรษณีย์ ............................................................**

**ต้องการหักภาษี ณ ที่จ่ายหรือไม่ ( ) ต้องการ ( ) ไม่ต้องการ**

**ต้องการระบุชื่อผู้เข้าอบรมในใบเสร็จหรือไม่ ( ) ต้องการ ( ) ไม่ต้องการ**

**ชื่อผู้ประสานงาน ......................................................................................................................................................................................**

**โทรศัพท์..................................... มือถือ........................................** E-mail**(ใช้ในการตอบรับ).................................................................**

**ประเภทกิจการ ( ) สาธารณสุข/โรงพยาบาล ( ) ภาคบริการ ระบุ.....................................................**

**( ) หน่วยงานไม่แสวงหากำไร ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.......................................................**

การสมัครและชำระค่าลงทะเบียน

1. กรอกรายละเอียดในใบสมัครให้ครบถ้วน ส่งมายังอีเมล : [academy@rfs.co.th](mailto:academy@rfs.co.th)

2. รอเจ้าหน้าที่ตอบกลับยืนยันการสมัครไปทางอีเมลของท่าน

3. ชำระค่าลงทะเบียนโดยโอนเงินเข้าบัญชี *บจก. อาร์เอฟเอส* ***ธนาคารไทยพานิชย์ สาขาศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ รพ.รามาธิบดี*** *เลขบัญชี* ***404-0511934***

4. ส่งหลักฐานการโอนเงิน ระบุชื่อบริษัทของท่านมายังอีเมล : [academy@rfs.co.th](mailto:academy@rfs.co.th)

5. เจ้าหน้าที่รับเรื่องและแจ้งยืนยันการอบรม

การยกเลิก

**ในกรณีที่ไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ กรุณาแจ้งล่วงหน้าก่อนการอบรมอย่างน้อย 7 วันทำการ หากแจ้งหลังจากกำหนดทางบริษัทขอสงวนสิทธิ์งดคืนค่าธรรมเนียมการอบรม**

**สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม**

แผนกฝึกอบรม บจก. อาร์เอฟเอส อีเมล : Academy@rfs.co.th โทร : 02-764-6555 ต่อ 6111,6120

.....................................................................................................................................................................................................................................................

ท่านทราบข่าวฝึกอบรมนี้จากที่ใด

( ) แผ่นพับ ( ) E-mail ( ) เว็บไซต์ บริษัท อาร์เอฟเอส จำกัด

( ) สื่อทางออนไลน์ต่างๆ ( ) วารสาร News Letter ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.................................

.....................................................................................................................................................................................................................................................