แบบฟอร์มใบสมัครฝึกอบรม บริษัท อาร์เอฟเอส จำกัด

ส่วนที่ **1** เลือกหลักสูตร/รุ่นที่ท่านสนใจเข้าร่วมอบรม

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| หลักสูตร | เวลาและสถานที่อบรม | รายละเอียดค่าอบรม |
| **1. หลักสูตรการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน (Intensive course)**[ ]  **รุ่นที่ 1 : 21-22 กรกฎาคม 2568**[ ]  **รุ่นที่ 2 : 20-21 สิงหาคม 2568**[ ]  **รุ่นที่ 3 : 30-31 ตุลาคม 2568**[ ]  **รุ่นที่ 4 : 26-27 พฤศจิกายน 2568** | **อบรม 2 วัน**09:00 - 16:30 **น.****ณ ห้องประชุม ชั้น** 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 |

 |
| **2. หลักสูตรการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเมื่อเกิดเหตุอัคคีภัยและอุบัติภัย**[ ]  **รุ่นที่ 1 : 22 สิงหาคม 2568**[ ]  **รุ่นที่ 2 : 28 พฤศจิกายน 2568** | **อบรม 1 วัน**09:00 - 16:30 **น.****ณ ห้องประชุม ชั้น** 9 **อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ รพ.รามาธิบดี** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ค่าอบรม** 1 **ท่าน (บาท)\*** | 2,336.45 |
| Vat 7% | 163.55 |
| รวม (กรณีไม่มีหนังสือหัก ณ ที่จ่าย) | 2,500.00 |
| **หัก ณ ที่จ่าย** 3%\*\* | 70.09 |
| รวมจ่ายสุทธิ | 2,429.91 |

 |

**หมายเหตุ \*ราคาดังกล่าวรวมอาหารว่าง อาหารกลางวัน และเอกสารประกอบการอบรมเรียบร้อยแล้ว**

**\*\*กรุณานำส่งหนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่ายมาตามที่อยู่บริษัทฯ (โดยระบุเป็นค่าบริการ)**

ส่วนที่ 2 กรอกข้อมูลผู้เข้าร่วมฝึกอบรม **(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...................

**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

2. รอเจ้าหน้าที่ตอบกลับยืนยันการสมัครไปทางอีเมลของท่าน

3. ชำระค่าลงทะเบียนโดยโอนเงินเข้าบัญชี

*บจก. อาร์เอฟเอส ธนาคารไทยพานิชย์*

*สาขาศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ รพ.รามาธิบดี*

*เลขที่บัญชี* ***404-0511934***

4. ส่งหลักฐานการโอนเงิน ระบุชื่อบริษัทของท่านมายังอีเมล : Academy@rfs.co.th

5. เจ้าหน้าที่รับเรื่องและแจ้งยืนยันการอบรม

การยกเลิก

**ในกรณีที่ไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ กรุณาแจ้งล่วงหน้าก่อนการอบรมอย่างน้อย 7 วันทำการ หากแจ้งหลังจากกำหนดทางบริษัทขอสงวนสิทธิ์งดคืนค่าธรรมเนียมการอบรม**

**สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม**

 แผนกฝึกอบรม บริษัท อาร์เอฟเอส จำกัด อีเมล : [Academy@rfs.co.th](Academy%40rfs.co.th) โทร : 02-764-6555 ต่อ 6111,6120