**Download ใบสมัครได้ที่** [**www.nurse.cmu.ac.th/spamanager**](http://www.nurse.cmu.ac.th/spamanager)

**หรือขอใบสมัครได้ที่ E-mail:** **cmu.spa2015@gmail.com** **หรือ LINE ID : nursingspa2016**

**ใบสมัครเข้ารับการอบรม**

**โครงการอบรมผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ (Spa Manager) รุ่น 21**

***ระหว่างวันที่ 2-18 พฤศจิกายน 2563* ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**

1. คำนำหน้า นาย นาง นางสาว ชื่อ.............................................สกุล..............................................

2. วุฒิการศึกษา............................................................................... อายุ .....................................................................

3. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ............................................................................................................................................

โทรศัพท์มือถือ ................................................ E-mail address …………………………………………………………….............

4. ชื่อสถานที่ทำงานปัจจุบัน .........................................................................................................................................

ที่อยู่สถานที่ทำงาน........................................................................................................................................................

โทรศัพท์.............................................................Line ID...............................................................................................

5. ตำแหน่งปัจจุบันที่ทำงานอยู่ .............................................................................................ประสบการณ์...............ปี

6. อาหาร  อาหารปกติ (บุฟเฟ่ต์)  อาหารมังสวิรัติ/เจ (กล่อง)  อาหารอิสลาม (กล่อง)

7. การส่งใบสมัคร เลือกส่งใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

 - สมัครด้วยตนเองได้ที่ อาคาร 4 ชั้น 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในวันและเวลา ราชการ เท่านั้น (จันทร์ - ศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น.)

 - ส่งใบสมัครทาง E-mail มาที่ cmu.spa2015@gmail.com หรือ LINE ID : nursingspa2016 และโทรศัพท์เช็คว่าทางคณะฯ ได้รับเอกสารหรือไม่ **\*\* โทรศัพท์ 053-949138 , 092-5467309 \*\***

 - ส่งทางไปรษณีย์ EMS ตามที่อยู่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 110/406
ถ.อินทวโรรส ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 (วงเล็บมุมซองว่า Spa manager)

8.ชำระเงิน : ชื่อบัญชี “โครงการศูนย์พัฒนาศักยภาพการบริการสปาเพื่อสุขภาพ”

**ธ.ไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มช. เลขที่บัญชี 566-4 57954-8**  **จำนวน** **“12,000 บาท”**
\*\* ราคานี้รวมค่าเอกสารประกอบการอบรม อาหารกลางวันและอาหารว่างเรียบร้อยแล้ว \*\*

9. การออกใบเสร็จรับเงิน : ต้องการให้ออกใบเสร็จในนามของ ....................................................................................

ที่อยู่ในใบเสร็จ...............................................................................................................................................................

**\*\* การจองหอพักในคณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับการอบรม Spa Manager (เหมาจ่าย)\*\***

1. ห้องคู่ ราคาท่านละ 4,000 บาท (รวมค่าน้ำ/ไฟ)

2. ห้องเดี่ยว ราคา 6,000 บาท (รวมค่าน้ำ/ไฟ)

**เข้าพักได้ตั้งแต่ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2563**

**คืนห้องภายใน วันที่ 19 พฤศจิกายน 2563**

🗌 จองห้องแบบห้องคู่ (ให้ทางคณะฯจับคู่ให้)

🗌 จองห้องแบบห้องคู่ (มีคู่มาอบรมด้วยกัน ขอให้แจ้งชื่อ) ชื่อ-สกุล ..............................................................

🗌 จองห้องแบบห้องเดี่ยว

 ลงชื่อ............................................................ผู้สมัคร

 (...................................................................)

 วันที่................เดือน.........................พ.ศ....................

**เอกสารประกอบการสมัคร**

1. สำเนาการโอนเงินค่าลงทะเบียน ที่เขียนชื่อกำกับให้ชัดเจน

2. สำเนาบัตรประชาชน พร้อมเซ็นรับร**อ**งสำเนา

3. เอกสารวุฒิการศึกษา

4. สำหรับผู้ที่วุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ให้แนบเอกสารแสดงประสบการณ์ทำงานหรือวุฒิบัตรที่เกี่ยวข้อง หรือเอกสารแสดง
การเป็นเจ้าของกิจการ

**หากต้องการการยกเลิกการอบรมขอให้แจ้งก่อน 30 ตุลาคม 2563**

**หลังจากนี้หากโอนเงินค่าลงทะเบียนแล้ว จะไม่มีการคืนเงินไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น**