

รับที่.....  
วันที่.....  
ผู้รับ.....เวลา.....น.



สังกัด .....

No. ....

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด  
ใบสมัครการสัมมนาและทัศนศึกษาต่างประเทศ ปีบัญชี 2561  
วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2561 - 3 มีนาคม 2561  
ณ ประเทศญี่ปุ่น

\*\*\*\*\*

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....เลขทะเบียนสมาชิก.....  
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....มือถือ.....E-mail.....  
มีความประสงค์พักคู่กับ(นาย/นาง/นางสาว) .....เลขทะเบียนสมาชิก.....  
อาหาร  ไทย  อิสลาม  เจ  อื่น ๆ ระบุ.....  
สังกัดโรงพยาบาล (โปรดทำเครื่องหมาย x ลงในช่อง  )  

<input type="checkbox"/> คณะแพทยศาสตร์ฯ	<input type="checkbox"/> รพ.ตากสิน	<input type="checkbox"/> รพ.ลาดกระบัง	<input type="checkbox"/> เกษียณอายุ
<input type="checkbox"/> คณะพยาบาลศาสตร์ฯ	<input type="checkbox"/> รพ.เจริญกรุงฯ	<input type="checkbox"/> รพ.หลวงพ่อทวีศักดิ์ฯ	<input type="checkbox"/> รพ.เวชการุณย์ฯ
<input type="checkbox"/> รพ.กลาง	<input type="checkbox"/> รพ.สิรินธร	<input type="checkbox"/> รพ.ราชพิพัฒน์	<input type="checkbox"/> กลุ่มอื่น ๆ

สำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจสอบหลักฐาน

กลุ่ม 1  ได้รับรางวัลจากการอบรมให้ความรู้ ใน ก.ท.ม. เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2561

กลุ่ม 2  ไม่เคยใช้สิทธิ์สัมมนาสมาชิกในประเทศ / ต่างประเทศหรือเคยใช้สิทธิ์เกินกว่า 3 ปี  
หรือเคยใช้สิทธิ์การสัมมนาในประเทศ หรือต่างประเทศ มาแล้วเกินกว่า 3 ปี

สมาชิกอื่น ๆ และผู้ติดตาม.....

เอกสารสำหรับการเดินทาง

หนังสือเดินทาง (Passport) ตัวจริง พร้อมสำเนา จำนวน 2 ชุด ที่มีวันหมดอายุการใช้งานเหลือไม่ต่ำกว่า 6 เดือน นับจากวันเดินทาง

การชำระเงิน  งวดที่ 1 จำนวน 5,000.00 บาท ( ห้าพันบาทถ้วน) ในวันที่สมัคร และจำนวน 15,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) ภายในวันศุกร์ที่ 29 ธันวาคม 2560

งวดที่ 2 ส่วนที่เหลือ ภายในวันอังคารที่ 23 มกราคม 2561

- สมาชิกกลุ่ม 2 ชำระจำนวน 19,500.00 บาท (หนึ่งหมื่นเก้าพันห้าร้อยบาทถ้วน)

- สมาชิกอื่น ๆ และผู้ติดตาม (ถ้ามี) ชำระ คนละ 22,500.00 บาท (สองหมื่นสองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

บมจ.ธนาคารกรุงไทย สาขาศรียาน เลขที่บัญชี 012-1-34476-2

บมจ.ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยสามเสน เลขที่บัญชี 073-2-09794-1

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ครั้งที่ 2 เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ 18-20 ธันวาคม 2560)

ลายมือชื่อผู้รับเงิน

(.....)

ลายมือชื่อผู้รับใบสมัคร/และตรวจสอบหลักฐาน