



แบบยืนยันการเข้าร่วมสัมมนาเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุบุคลากรภาครัฐ ประจำปี ๒๕๖๒  
ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี

ส่วนที่ ๑

นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี ตำแหน่ง.....  
หน่วยงาน/กระทรวง.....โทรศัพท์มือถือ.....  
ที่อยู่หน่วยงาน.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทรสาร.....E-mail.....  
กรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อ ชื่อ.....โทรศัพท์มือถือ.....เกี่ยวข้องกับ.....

ส่วนที่ ๒

กรุณาเลือกรุ่นที่ต้องการเข้าร่วมสัมมนา ต้องมีอายุระหว่าง ๕๐-๖๐ ปี

กรุณาส่งแบบยืนยันตามวันเวลาที่กำหนด ค่าลงทะเบียน ๗,๘๘๘ บาท (ท่านต้องเบิกจ่ายจากต้นสังกัด)

☐ รุ่นที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๘ มกราคม ๒๕๖๒

ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๒

☐ รุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๙ มกราคม - ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๒

☐ รุ่นที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๑๒ - ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

☐ รุ่นที่ ๔ ระหว่างวันที่ ๕ - ๘ มีนาคม ๒๕๖๒

ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

☐ รุ่นที่ ๕ ระหว่างวันที่ ๒๖ - ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๒

ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๒

☐ รุ่นที่ ๖ ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒

☐ รุ่นที่ ๗ ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๒

ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๒

☐ รุ่นที่ ๘ ระหว่างวันที่ ๙ - ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒

ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒

การเดินทาง ☐ เดินทางไปกับรถที่ทางศูนย์ฯ จัดให้

☐ เดินทางไปด้วยตนเอง

การจัดห้องพัก ☐ พักคู่ กับ.....โทรศัพท์.....

☐ ให้ศูนย์ฯ จัดคู่พักให้

☐ พักเดี่ยว (ค่าใช้จ่ายส่วนเกินผู้เข้าร่วมสัมมนาต้องรับผิดชอบเองโดยชำระกับทางศูนย์ฯ มิชชั่นอัตราคืนละ ๗๕๐ บาท/คน)

ส่วนที่ ๓

๑. โปรดระบุ ชื่อ/หน่วยงาน ในการออกใบเสร็จ.....  
(ใบเสร็จค่าลงทะเบียน จะนำไปให้ที่โรงพยาบาลมิชชั่นในวันเดินทาง)

๒. ลงทะเบียน ณ อาคารอำนวยการชั้น ๑ โรงพยาบาลมิชชั่น ถนนพิษณุโลก เขตดุสิต กรุงเทพฯ เวลา ๐๖.๐๐ - ๐๗.๐๐ น. ศูนย์ฯ มิชชั่น  
จัดรถบริการ (ไม่เสียค่าใช้จ่าย) ออกจากโรงพยาบาลมิชชั่น เวลาประมาณ ๐๘.๓๐ น.

๓. การจัดที่พักจะจัดให้พักคู่ (ค่าใช้จ่ายรวมอยู่ในค่าลงทะเบียน) กรณีประสงค์จะพักเดี่ยว (หากมีจำนวนห้องเพียงพอ) ผู้เข้าร่วมสัมมนาต้อง  
รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินเอง โดยไม่สามารถเบิกจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบการฝึกอบรมฯ หรือการเดินทางไปราชการเนื่องจากโครงการ  
สัมมนาฯ เป็นการตกลงค่าใช้จ่ายเป็นกรณีพิเศษกับกรมบัญชีกลาง

๔. อาหารและอาหารว่าง เป็นอาหารมังสวิรัต เครื่องดื่มเป็นเครื่องดื่มสมุนไพร ไม่มี ชา กาแฟ

๕. กรุณาเตรียมของใช้ส่วนตัว ชุดออกกำลังกาย ชุดว่ายน้ำ รองเท้าผ้าใบ ยาประจำตัวไปด้วย

หมายเหตุ : - กรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียน ก่อนวันสัมมนาอย่างน้อย ๗ วัน เข้าบัญชีประเภทออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนศรี  
อยุธยา "ชื่อบัญชีเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของ กรมกิจการผู้สูงอายุ เลขที่บัญชี ๐๑๓-๖-๑๑๓๓๕-๔" และส่งสำเนาหลักฐานการชำระเงิน  
ค่าลงทะเบียนทางโทรสาร พร้อมระบุชื่อผู้เข้าร่วมสัมมนาและรุ่น/วันที่เข้าร่วมอบรม ให้ชัดเจนและถูกต้อง ที่หมายเลข ๐ ๒๖๔๒ ๔๓๓๙  
ต่อ ๓๐๕, หรือทางอีเมล registerdop@gmail.com หรือ Line ID : @lbk2208e

- กรณีชำระค่าลงทะเบียนแล้วมีเหตุจำเป็นไม่สามารถเข้าร่วมสัมมนาได้ ขอให้มียกเลิกจากหน่วยงานต้นสังกัดถึงผู้อำนวยการ  
กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุล่วงหน้า ก่อนวันสัมมนาอย่างน้อย ๗ วัน หากพ้นกำหนดนี้ ขอสงวนสิทธิ์การคืนเงินในทุกกรณี

ผู้ประสานงานโครงการ : น.ส. ไกรฤกษ์ ฤกษ์ดี โทร. ๐๘ ๕๑๒๖ ๔๔๒๓  
น.ส. จันทรีสุตา ปานภูมิ โทร. ๐๙ ๐๙๖๑ ๗๙๒๓

