

# แบบฟอร์มสมัคร

หลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประจำปีงบประมาณ 2569

ชื่อ-สกุล ..... ตำแหน่ง.....  
 สถานที่ทำงาน.....  
 ที่อยู่.....  
 โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....  
 E-mail.....

หลักสูตรที่น่าสนใจ (กรุณาทำเครื่องหมาย / หน้าหลักสูตรที่ท่านต้องการเข้าอบรม)

|                          | หลักสูตร                                                                                                  | วัน เดือน ปี<br>ฝึกอบรม                      | จำนวน<br>(วัน) | ส่งแบบฟอร์ม<br>ใบสมัคร<br>ภายในวันที่ | ชำระ<br>ค่าลงทะเบียน<br>ภายในวันที่ | อัตรา<br>ค่าลงทะเบียน<br>(บาท) |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | หลักสูตรพื้นฐานการจัดการเหตุรำคาญ                                                                         | ระหว่างวันที่<br>24-26<br>กุมภาพันธ์<br>2569 | 3 วัน          | 9 ม.ค. 2569                           | 20-25 ม.ค. 2569                     | 4,000.-บาท                     |
| <input type="checkbox"/> | หลักสูตรพัฒนาศักยภาพเครือข่าย<br>การผลิตน้ำประปาหมู่บ้านสะอาด                                             | ระหว่างวันที่<br>30 มี.ค.-1เม.ย.<br>2569     | 3 วัน          | 10 ก.พ. 2569                          | 20-28 ก.พ. 2569                     | 4,000.-บาท                     |
| <input type="checkbox"/> | หลักสูตรการอบรมการยกร่างข้อบัญญัติ<br>ท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติการ<br>สาธารณสุข พ.ศ. 2535                  | ระหว่างวันที่<br>29 เม.ย.-1พ.ค.<br>2569      | 3 วัน          | 10 มี.ค. 2569                         | 20-30 มี.ค. 2569                    | 4,000.-บาท                     |
| <input type="checkbox"/> | หลักสูตรการสุขาภิบาลอาหารสำหรับ<br>เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน (Basic of Food<br>Sanitation Inspector: BFSI) | ระหว่างวันที่<br>12-15<br>พฤษภาคม<br>2569    | 4 วัน          | 5 มี.ค.2569                           | 1-10 เม.ย. 2569                     | 5,000.-บาท                     |

ลงชื่อ..... (ผู้สมัคร)  
 ( )

ลงชื่อ..... (ผู้บังคับบัญชา)  
 ( )

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....



การชำระค่าลงทะเบียน (รอชำระหลังจากเจ้าหน้าที่ประสานยืนยันการชำระ)

ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี เงินรับฝากประเภทต่างๆ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี บัญชีเลขที่ 314-6-02379-2

\*\*\*\*\*โปรดเก็บสำเนาการโอนเงินเพื่อมารับใบเสร็จรับเงินในวันเข้าอบรม\*\*\*\*\*

\*\*\*ผู้สมัครที่ประสงค์จะยกเลิกการฝึกอบรม จะต้องแจ้งการยกเลิกล่วงหน้าก่อนฝึกอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์

หากเกินกำหนด ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าลงทะเบียนในทุกกรณี\*\*\* สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

ผู้ประสานงาน กลุ่ม Training Center (ด้านวิจัยและบริการวิชาการ)

นางสาวรุ่งนภา พึ่งน้ำ โทร. 080-342-0979 / 088-595-5710 หรือ 045-251266 ต่อ 112

นางสาวจินตนา ทิมาพันธ์



ไลน์กลุ่มผู้สมัครเข้าอบรม