

KMUTT THE IDOL

คนต้นแบบมจ.ปรับเปลี่ยนวิถีคิด พิชิตโรค

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการฝึกอบรม “KMUTT THE IDOL SEASON 2”
กับกลุ่มงานบริการสุขภาพและอนามัย และคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ อื่นๆ(ระบุ) อายุ..... ปี

สถานภาพ อาจารย์/นักวิจัย หน่วยงาน..... สังกัด.....

บุคลากรสายสนับสนุน หน่วยงาน..... สังกัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สะดวกติดต่อ..... เบอร์ที่ทำงาน.....

E.mail

มีความประสงค์ที่จะสมัครเข้าร่วมโครงการฝึกอบรมมาครั้งนี้ โดยข้าพเจ้าขอยืนยันว่าสามารถที่จะเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการเดือนละ 1 ครั้งๆละ 3 ชั่วโมงรวม 5 ครั้ง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และได้ฝึกปฏิบัติ ตลอดจนได้แลกเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพกับผู้เข้าร่วมโครงการคนอื่นๆเป็นไปอย่างครบถ้วน อันจะเกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากข้าพเจ้าไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด จะส่งผลกระทบต่อการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

ลงนาม

อนุมัติให้เข้าร่วมโครงการฯ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....)

โปรดอ่านคำชี้แจง :

*** ผู้สมัครเข้าร่วมโครงการฯ จะได้รับสิทธิพิเศษในการตรวจสุขภาพประจำปีล่วงหน้าในวันที่ 7 สิงหาคม 2560 และได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการพิเศษนอกเหนือจากรายการตรวจทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย TSH, Zn, Cortisol, Y-GT, HbA1C, Microalbumin โดยท่านจะต้องสำรองจ่ายในราคาพิเศษ 500 บาท สำหรับการประเมินผลครั้งแรก และสำรองจ่าย 1,000 บาท สำหรับการประเมินผลครั้งสุดท้าย (ท่านสามารถนำไปเบิกได้ตามสิทธิ์) ***