



Small Tree Professional Psychology Co., Ltd.

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรม พ.ศ.2569 (สำหรับนักจิตวิทยาคลินิก)

ผู้สมัคร ชื่อสกุล _____ อายุ _____ ปี

สังกัด _____ จังหวัด _____

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ _____ ประสบการณ์งานคลินิกภายหลังการ Internship _____ ปี

อีเมล Email : _____ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____

การศึกษาในสาขา/วิชาเอกจิตวิทยาคลินิก

ระดับการศึกษา _____ สถาบัน _____ ปีการศึกษาที่จบ _____

ระดับการศึกษา _____ สถาบัน _____ ปีการศึกษาที่จบ _____

ระดับการศึกษา _____ สถาบัน _____ ปีการศึกษาที่จบ _____

หลักสูตรที่ต้องการสมัคร ชื่อ _____

ระหว่างวันที่ _____ ในรูปแบบ Onsite Online

การสะสมคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาจิตวิทยาคลินิก (CE) ต้องการ ไม่ต้องการ

ความประสงค์ด้านอาหาร ของว่าง และเครื่องดื่ม (สำหรับ Onsite)

ได้ทุกอย่าง/ไม่มีข้อจำกัด มังสวิรัติ เจ งดเนื้อหมู ฮาลาล

ความต้องการพิเศษ อาทิ แพ้กุ้ง ไม่ทานเนื้อวัว หรืออื่นๆ โปรดระบุ _____

โปรดอ่านการตรวจสอบคุณสมบัติ และการยืนยันการจองที่นั่งก่อนชำระเงิน***

โปรดชำระค่าธรรมเนียมก่อนการฝึกอบรม ผ่านทางบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาประตูช้างเผือก

เลขที่บัญชี 550-276996-4 ชื่อบัญชี “บริษัท สมอลล์ทรี โพรเฟสชันนอลไซคอลลอจี้ จำกัด”

ลงนามผู้สมัคร _____

วันที่ _____

โปรดกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง หากพบว่ามีกรอกรงใจให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ การสมัครจะเป็นโมฆะทันที

และอาจมีการดำเนินการอย่างเหมาะสมทางจรรยาบรรณวิชาชีพและ/หรือทางกฎหมายต่อไป

***** หากมีข้อสงสัยใด ๆ โปรดสอบถามเจ้าหน้าที่ก่อนดำเนินการสมัคร *****

**** บริเวณนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกเท่านั้น ****

วันที่ได้รับใบสมัคร _____

ลำดับการสมัคร _____ วันที่ได้รับค่าธรรมเนียมหลักสูตร _____ เลขที่ใบเสร็จ _____

หมายเหตุ _____