



Small Tree Professional Psychology Co., Ltd.

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรม พ.ศ.2568

ผู้สมัคร ชื่อสกุล _____ อายุ _____ ปี

สังกัด _____ จังหวัด _____

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ _____ ประสบการณ์งานคลินิกภายหลังการ Internship _____ ปี

อีเมล Email : _____ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____

การศึกษาในสาขา/วิชาเอกจิตวิทยาคลินิก

ระดับการศึกษา _____ สถาบัน _____ ปีการศึกษาที่จบ _____

ระดับการศึกษา _____ สถาบัน _____ ปีการศึกษาที่จบ _____

หลักสูตรที่ต้องการสมัคร ชื่อ _____

ระหว่างวันที่ _____ ในรูปแบบ Onsite Online

การสะสมคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาจิตวิทยาคลินิก (CE) ต้องการ ไม่ต้องการ

ความพร้อมด้านอาหาร ของว่าง และเครื่องดื่ม (สำหรับ Onsite)

ได้ทุกอย่าง/ไม่มีข้อจำกัด มังสวิรัติ เจ งดเนื้อหมู ฮาลาล

ความต้องการพิเศษ อาทิ แพ้กุ้ง ไม่ทานเนื้อวัว หรืออื่นๆ โปรดระบุ _____

โปรดกรอกการตรวจสอบคุณสมบัติ และการยืนยันการจองที่นั่งก่อนชำระเงิน

โปรดชำระค่าธรรมเนียมก่อนการฝึกอบรม อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ผ่านทางบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์

สาขาประตูช้างเผือก เลขที่บัญชี 550-276996-4 ชื่อบัญชี “บริษัท สมอลล์ทรี โพรเฟสชันนอลไซคอลลโลจี จำกัด”

ลงนามผู้สมัคร _____

วันที่ _____

โปรดกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง หากพบว่ามีกรงใจให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ การสมัครจะเป็นโมฆะทันที

และอาจมีการดำเนินการอย่างเหมาะสมทางจรรยาบรรณวิชาชีพต่อไป

***** หากมีข้อสงสัยใดๆ โปรดสอบถามเจ้าหน้าที่ก่อนดำเนินการสมัคร *****

**** บริเวณนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกเท่านั้น ****

วันที่ได้รับใบสมัคร _____

ลำดับการสมัคร _____ วันที่ได้รับค่าธรรมเนียมหลักสูตร _____ เลขที่ใบเสร็จ _____

หมายเหตุ _____