



ที่ ศธ ๖๕๙๓(๓)/ ๑๖๐๘

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๑๑๐ ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๖ มีนาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์หลักสูตรการอบรมผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ (Spa Manager)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครการอบรมหลักสูตรผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ (Spa Manager)

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะได้จัดอบรมผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ (Spa Manager) รุ่น ๑๑ ในระหว่างวันที่ ๒๔ พฤษภาคม – ๗ มิถุนายน ๒๕๖๐ ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด เทคนิคบริการและขั้นตอนต่างๆ ในการจัดบริการกิจการสปาเพื่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ และได้แนวทางในการดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพที่ได้มาตรฐานตามพระราชบัญญัติที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ดังรายละเอียดตามที่สิ่งที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ประสงค์จะขอความอนุเคราะห์ท่านประชาสัมพันธ์หลักสูตรฝึกอบรมดังกล่าว ให้แก่สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพและสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อสุขภาพในจังหวัดของท่าน ทั้งนี้ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดและดาวโหลดใบสมัครได้ที่ www.nurse.cmu.ac.th/spamanager ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. วิภาดา คุณาวิติกุล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริหารงานวิจัย บริการวิชาการและวิเทศสัมพันธ์
โทรศัพท์ ๐ ๕๓๙๓ ๕๐๑๒, ๐ ๕๓๙๔ ๙๑๓๘
โทรสาร ๐ ๕๓๒๑ ๗๑๔๕
E-mail: cmu.spa2015@gmail.com

Download ใบสมัคร ได้ที่ www.nurse.cmu.ac.th/spamanager
หรือส่ง E-mail: cmu.spa2015@gmail.com หรือ LINE ID : nursingspa2016

ใบสมัครเข้ารับการอบรม
โครงการอบรมผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ (Spa Manager)
ระหว่างวันที่ 24 พฤษภาคม – 7 มิถุนายน 2560
ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

1. คำนำหน้า ☐นาย ☐ นาง ☐นางสาว ชื่อ.....สกุล.....
2. วุฒิการศึกษา..... อายุ .....
3. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ ..... E-mail address .....
4. ชื่อสถานที่ทำงานปัจจุบัน .....
ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
5. ตำแหน่งปัจจุบันที่ทำงานอยู่ .....ประสบการณ์..... .....ปี
6. อาหาร ..... อาหารปกติ ..... อาหารมังสวิรัติ/เจ ..... อาหารอิสลาม

9. การส่งใบสมัคร เลือกส่งใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- สมัครด้วยตนเองได้ที่ อาคาร 4 ชั้น 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในวันและเวลาราชการ เท่านั้น (จันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น)
- ส่งใบสมัครทาง E-mail มาที่ cmu.spa2015@gmail.com หรือ LINE ID : nursingspa2016 และขอให้โทรศัพท์เช็คด้วยว่าทางคณะฯได้รับหรือยัง **** โทรศัพท์ 053-949138 , 092- 5467309 ****
- ส่งทางไปรษณีย์ EMS ตาม ที่อยู่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 110 ถ.อินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 (วงเล็บมุมซองว่า Spa manager)

10. การชำระเงิน : โดยการโอนเงินที่ชื่อบัญชี "โครงการศูนย์พัฒนาศักยภาพการบริการสปาเพื่อสุขภาพ"
ธ.ไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มช. เลขที่บัญชี 566-4 57954-8 "10,000 บาทถ้วน"

11. การออกใบเสร็จรับเงิน : ต้องการให้ออกใบเสร็จในนามของ .....
ที่อยู่ในใบเสร็จ.....

**** การจองหอพักในคณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับการอบรม Spa Manager (เหมาจ่าย)****

1. ห้องคู่ ราคา 6,000 บาท/ห้อง (รวมค่าน้ำ/ไฟ)
2. ห้องเดี่ยว ราคา 5,500 บาท/ห้อง (รวมค่าน้ำ/ไฟ)

เข้าพักได้ตั้งแต่วันที่ 23 พ.ค. – 8 มิ.ย. 60

☐ จองห้องพักแบบห้องคู่ (ให้ทางคณะฯจับคู่ให้)

☐ จองห้องพักแบบห้องคู่ (มีผู้มาพักด้วยขอให้ระบุชื่อ)
ชื่อ-สกุล .....

☐ จองห้องพักแบบห้องเดี่ยว

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารประกอบการสมัคร

1. สำเนาการโอนเงินค่าลงทะเบียน ที่เขียนชื่อกำกับให้ชัดเจน
2. สำเนาบัตรประชาชน พร้อมเซ็นรับรองสำเนา
3. เอกสารวุฒิการศึกษา
4. เอกสารประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้องหรือ เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการ สำหรับผู้ที่วุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี