

ใบสมัคร

การประชุมวิชาการอบรมเชิงปฏิบัติการให้การปรึกษา สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
จัดโดย สมาคมแพทย์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ กรมควบคุมโรค
และ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว กรุงเทพฯ

ชื่อ..... นามสกุล..... (ชื่อเล่น.....) อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่ติดต่อได้

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... E mail.....

อาชีพ พยาบาล ใบประกอบโรคศิลป์ เลขที่.....

แพทย์ ใบประกอบโรคศิลป์ เลขที่.....

เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา อื่นๆ ระบุ

๑.การประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการให้การปรึกษารายบุคคลขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้เริ่มปฏิบัติงานให้บริการผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และ ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยความสมัครใจ
และประเมินความพร้อมในการเริ่มยาต้านไวรัส วันที่ ๒๒-๒๕ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๑ ค่าลงทะเบียน ๖,๐๐๐ บาท

๒.การประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ Satir model ในการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การปรึกษาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการ
ให้บริการปรึกษารายบุคคล ในกรณีวัยรุ่นท้องไม่พร้อมและเยาวชนกลุ่มเสี่ยงต่อพฤติกรรมใช้ความรุนแรงสำหรับนักสังคม
สงเคราะห์ นักจิตวิทยาบุคลากรทางการศึกษา นักพัฒนาสังคม พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุข
วันที่ ๑๙-๒๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๑ ค่าลงทะเบียน ๖,๕๐๐ บาท

๓.การประชุมวิชาการสมาคมแพทย์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งประเทศไทย เรื่อง สุขภาพทางเพศในวัยรุ่น
(Sexual Health and Sexuality in Adolescent) วันที่ ๒๖-๒๘ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๑ (วันจันทร์-วันพุธ)
ค่าลงทะเบียน ๔,๕๐๐ บาท

๔. การประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ Satir model ในการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การปรึกษาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการ
ให้บริการปรึกษารายบุคคล ในกรณีที่มีความหลากหลายทางเพศ สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา บุคลากร
ทางการศึกษา นักพัฒนาสังคม พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
วันที่ ๒๓-๒๖ เมษายน พ.ศ.๒๕๖๑ ค่าลงทะเบียน ๖,๕๐๐ บาท

๕. การประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการให้การปรึกษาเป็นคู่ (Couple Counseling) เพื่อตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ด้วย
ความสมัครใจและจัดการกรณีผลเลือดต่าง (Discordant Couple) วันที่ ๒๑-๒๔ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๑
ค่าลงทะเบียน ๖,๐๐๐ บาท

๖. การประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ Satir model ในการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การปรึกษาเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟ
(Burn Out) และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และ ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
วันที่ ๑๘ - ๒๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ค่าลงทะเบียน ๖,๕๐๐ บาท

ชำระค่าลงทะเบียน ๔,๕๐๐ บาท ๖,๐๐๐ บาท ๖,๕๐๐ บาท รวม

จองที่พัก(รวมอาหารเช้า) ห้องเดี่ยว ๑,๕๐๐ บาท ห้องคู่ ๑,๕๐๐ บาท เข้าพัก วันที่.....

ออกวันที่..... รวม.....วัน **ชำระค่าที่พักล่วงหน้า รวม**

ชื่อผู้สมัคร.....

การชำระเงิน โอนเข้า ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ สาขาโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
ชื่อบัญชี สมาคมแพทย์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งประเทศไทย เลขที่บัญชี 191-207786-4 โอนเงินแล้ว
กรุณาส่ง โทรวารใบโอนเงิน กลับมาที่ โทรฯ 02-212 8091 และ ติดต่อ นิศา กระแส Mobile: 081-692-9920

หมายเหตุ กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้การปรึกษา 6 โครงการ ดาวน์โหลดได้ที่ www.tmsstd.org