

## แบบตอบรับการเข้าร่วมอบรมหลักสูตร สัมฤทธิศาสตร์ (Getting to Outcomes)

สถานที่จัดอบรม : สถาบันการเรียนรู้การสร้างสรรค์เสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy)

๙๗๙/๑๑๗ - ๑๒๐ ชั้น ๓๔ อาคาร เอส เอ็ม ทาวเวอร์ (SM Tower) ถ. พหลโยธิน แขวงพญาไท  
เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐

คำชี้แจง :

- ผู้สมัครมีโครงการ ซึ่งสามารถนำเครื่องมือไปทดลองใช้ และวัดผลได้จริง ตลอดจนรับรองว่า สามารถเข้าร่วมอบรมครบทั้ง ๒ ครั้ง
- ผู้สมัครเลือกเข้าร่วมอบรมหลักสูตร "สัมฤทธิศาสตร์" (Getting to Outcomes) หรือ "กระบวนการสัมฤทธิศาสตร์" (Getting to Outcomes Facilitator) เพียงหลักสูตรเดียว
- ผู้เข้าร่วมอบรมผู้เข้าอบรมเบิกจ่ายค่าที่พัก และค่าเดินทาง (ถ้ามี) เพื่อเข้าร่วมการอบรมจากต้นสังกัด ทั้งนี้ สถาบันฯ ขอส่งเสริมการใช้ระบบขนส่งสาธารณะแทนรถยนต์ส่วนบุคคล ทว่า สามารถจอดรถได้ที่ อาคาร เอส เอ็ม ทาวเวอร์ โดยไม่เสียค่าบริการ

### ผู้เข้าร่วมอบรมที่ ๑

ชื่อ - สกุล.....ชื่อเล่น.....อายุ.....ปี

เบอร์ติดต่อ.....อีเมล.....

ตำแหน่งงาน.....

ลักษณะงาน.....

.....

.....

.....

ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

ชื่อโครงการ หรืองานที่จะนำเครื่องมือ GTO ไปใช้.....

.....

รายละเอียดโครงการ (โดยย่อ).....

.....

.....

.....

หลักสูตร สัมฤทธิศาสตร์ (Getting to Outcomes) ที่สนใจเข้าร่วม

รุ่นที่ ๑ (ครั้งที่ ๑ : ๒๕ - ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๕, ครั้งที่ ๒ : ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๕)

รุ่นที่ ๒ (ครั้งที่ ๑ : ๗ - ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, ครั้งที่ ๒ : ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๕)

เหตุผลที่ท่านสนใจเข้าร่วมอบรม หลักสูตร สัมฤทธิศาสตร์ (Getting to Outcomes)

.....

.....

.....

ขอรับรองว่า สามารถร่วมอบรมครบทั้ง ๒ ครั้ง  รับรอง  ไม่รับรอง

ลงนาม .....

(.....)

## ผู้เข้าร่วมอบรมที่ ๒

ชื่อ - สกุล.....ชื่อเล่น.....อายุ.....ปี

เบอร์ติดต่อ.....อีเมล.....

ตำแหน่งงาน.....

ลักษณะงาน.....

ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

ชื่อโครงการ หรืองานที่จะนำเครื่องมือ GTO ไปใช้.....

รายละเอียดโครงการ (โดยย่อ).....

หลักสูตร สัมฤทธิศาสตร์ (Getting to Outcomes) ที่สนใจเข้าร่วม

รุ่นที่ ๑ (ครั้งที่ ๑ : ๒๕ - ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๕, ครั้งที่ ๒ : ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๕)

รุ่นที่ ๒ (ครั้งที่ ๑ : ๗ - ๘ พฤศจิกายน 2565, ครั้งที่ ๒ : ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๕)

เหตุผลที่ท่านสนใจเข้าร่วมอบรม หลักสูตร สัมฤทธิศาสตร์ (Getting to Outcomes).....

ขอรับรองว่า สามารถร่วมอบรมครบทั้ง ๒ ครั้ง  รับรอง  ไม่รับรอง

ลงนาม .....

(.....)

## สอบถามเพิ่มเติม

นายอาทิตย์ มีเมตรี (ผู้ประสานงาน)

โทรศัพท์ ๐๘๐ ๙๘๙ ๖๙๓๒

E-mail :

arhit.m@thaihealth.or.th



Thai Health ACADEMY by สีสีส  
สถาบันการเดินเรือการช่างเสริมสุขภาพ

ติดต่อเรา Line ID : @thaihealth\_academy  
อีเมล thaihealthacademy@thaihealth.or.th  
ที่ตั้ง 979/117-120 ชั้น 34 อาคารเอสเอ็ม ทาวเวอร์ (SM tower)  
ถนนพหลโยธิน แขวงระษฏีก์ เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10439

## แบบตอบรับการเข้าร่วมอบรมหลักสูตร กระบวนการสัมฤทธิ์ศาสตร์ (Getting to Outcomes Facilitator)

สถานที่จัดอบรม : สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy)

๘๗๙/๑๑๗ - ๑๒๐ ชั้น ๓๔ อาคาร เอส เอ็ม ทาวเวอร์ (SM Tower) ถ. พหลโยธิน แขวงพญาไท  
เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐

คำชี้แจง :

๑. ผู้สมัครมีโครงการ ซึ่งสามารถนำเครื่องมือไปทดลองใช้ และวัดผลได้จริง ตลอดจนรับรองว่า สามารถเข้าร่วมอบรมครบทั้ง ๓ ครั้ง และยินยอมให้หลักสูตรติดตามประเมินผลต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน
๒. ผู้สมัครเลือกเข้าร่วมอบรมหลักสูตร "สัมฤทธิ์ศาสตร์" (Getting to Outcomes) หรือ "กระบวนการสัมฤทธิ์ศาสตร์" (Getting to Outcomes Facilitator) เพียงหลักสูตรเดียว
๓. ผู้เข้าร่วมอบรมผู้เข้าอบรมเบิกจ่ายค่าที่พัก และค่าเดินทาง (ถ้ามี) เพื่อเข้าร่วมการอบรมจากต้นสังกัด ทั้งนี้ สถาบันฯ ขอส่งเสริมการใช้ระบบขนส่งสาธารณะแทนรถยนต์ส่วนบุคคล ทว่า สามารถจอดรถได้ที่ อาคาร เอส เอ็ม ทาวเวอร์ โดยไม่เสียค่าบริการ

### ผู้เข้าร่วมอบรมที่ ๑

ชื่อ - สกุล.....ชื่อเล่น.....อายุ.....ปี  
เบอร์ติดต่อ.....อีเมล.....  
ตำแหน่งงาน.....  
ลักษณะงาน.....

ชื่อหน่วยงาน.....  
ที่อยู่หน่วยงาน.....  
ชื่อโครงการ หรืองานที่จะนำเครื่องมือ GTO ไปใช้.....

รายละเอียดโครงการ (โดยย่อ)  
.....  
.....  
.....

กลุ่มเป้าหมายที่คิดว่าจะนำไปขยายผลต่อ.....  
เหตุผลที่ท่านสนใจเข้าร่วมอบรม หลักสูตร กระบวนการสัมฤทธิ์ศาสตร์ (Getting to Outcomes Facilitator)  
.....  
.....

ขอรับรองว่า สามารถร่วมอบรมครบทั้ง ๓ ครั้ง (ครั้งที่ ๑ : ๑ - ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕  
ครั้งที่ ๒ : ๒๐ - ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ ครั้งที่ ๓ : ๓๐ มกราคม ๒๕๖๖) และยินยอมให้หลักสูตรติดตามประเมินผล  
 ยินยอม  ไม่ยินยอม

ลงนาม .....  
(.....)

## ผู้เข้าร่วมอบรมที่ ๒

ชื่อ - สกุล.....ชื่อเล่น.....อายุ.....ปี

เบอร์ติดต่อ.....อีเมล.....

ตำแหน่งงาน.....

ลักษณะงาน.....

ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

ชื่อโครงการ หรืองานที่จะนำเครื่องมือ GTO ไปใช้.....

รายละเอียดโครงการ (โดยย่อ).....

กลุ่มเป้าหมายที่คิดว่าจะนำไปขยายผลต่อ.....

เหตุผลที่ท่านสนใจเข้าร่วมอบรม หลักสูตร กระบวนสัมฤทธิ์ศาสตร์ (Getting to Outcomes Facilitator).....

ขอรับรองว่า สามารถร่วมอบรมครบทั้ง ๓ ครั้ง (ครั้งที่ ๑ : ๑ - ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

ครั้งที่ ๒ : ๒๐ - ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ ครั้งที่ ๓ : ๓๐ มกราคม ๒๕๖๖) และยินยอมให้หลักสูตรติดตามประเมินผล

ยินยอม  ไม่ยินยอม

ลงนาม .....

(.....)

### สอบถามเพิ่มเติม

นายอาทิตย์ มีไมตรี (ผู้ประสานงาน)

โทรศัพท์ ๐๘๐ ๙๘๙ ๖๙๓๒

E-mail :

arhit.m@thaihealth.or.th



ติดต่อเรา Line ID : @thaihealth\_academy  
อีเมล thaihealthacademy@thaihealth.or.th  
ที่ตั้ง 979/117-120 ชั้น 34 อาคารเอสเอ็ม ทาวเวอร์ (SM tower)  
ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10400