**แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการอบรม**

**หลักสูตร Personal Data Protection Act - PDPA #1**

**วันที่ 30 กรกฎาคม 2563**

**ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนตัว  
ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) .....................................................................................................................................................  
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ ...................................................................................................................................................  
ตำแหน่ง ............................................................... องค์กร ...............................................................................................  
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ........................................ Email ......................................................................................................**

**หมายเหตุ : หากกรอกข้อมูลครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว กรุณาส่งหลักฐานกลับมาทาง Email: ar@ar.or.th**

**อุปกรณ์ที่จะต้องนำมา**

**ผู้เข้าร่วมอบรมจะต้องนำคอมพิวเตอร์ (Note book) มาด้วยตนเอง**

**ส่วนที่ 2: ค่าใช้จ่ายและการชำระเงิน**

ค่าใช้จ่ายในการอบรมหลักสูตร ท่านละ 5,700 บาท (ราคานี้รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT 7%)

**เงื่อนไขการชำระเงิน**

1. โอนเงินผ่านธนาคาร : ส่งหลังฐานการโอนเงินมาทาง E-mail : [ar@ar.or.th](mailto:ar@ar.or.th)  
   ธนาคาร : ทหารไทย จำกัด (มหาชน)  
   ชื่อบัญชี สมาคมนักวิจัยแห่งประเทศไทย   
   เลขที่บัญชี 069-2-55518-8
2. กรณีชำระเป็นเช็ค : ชำระค่าอบรมเป็นเช็ค โดยสั่งจ่ายในนาม “สมาคมนักวิจัยแห่งประเทศไทย”

**เงื่อนไขการเปลี่ยนแปลง**

1. ขอสงวนสิทธิ์สำหรับการเลื่อนวันอบรม หรือ ไม่เปิดอบรมหลักสูตร หากมีผู้สมัครไม่เต็มจำนวนที่กำหนดไว้
2. หากมีความประสงค์ขอยกเลิกการเข้าร่วมอบรม จะต้องทำการโทรแจ้งยกเลิกกับเจ้าหน้าที่ของสมาคมทราบล่วงหน้า 5 วัน ก่อนการอบรม หากไม่แจ้งตามกำหนดท่านจะต้องชำระค่าฝึกอบรมเต็มจำนวน

**หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ**

คุณณัฏฐมนภรน์ ชีววิภาส (ปัท) มือถือ : 087-931-5303 หรือ 02 579 0787

อีเมล์ : [ar@ar.or.th](mailto:ar@ar.or.th) / ID Line: ar.or.th

**หมายเหตุ** ทางผู้เข้าอบรม จะต้องส่งแบบตอบรับเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตร Personal Data Protection Act - PDPA #1 และชำระค่าหลักสูตรก่อนเข้าร่วมอบรม 7 วัน เพื่อยืนยันสิทธิ์ในการเข้าร่วมอบรม หากพ้นจากนี้แล้วทางคณะจัดงาน ขอสงวนสิทธิ์ให้ผู้สนใจท่านอื่น

**กรุณากรอกที่อยู่และที่อยู่ของหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อใช้ออกเอกสารประกอบการเบิกค่าใช้จ่าย**

ชื่อองค์กร : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ที่อยู่ : ..............................................................................................................................................................................................................

............................................................................ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี………………………………………………………………………………………………

\*\* ท่านสามารถกรอกเอกสารการลงทะเบียนและส่งมาทาง E-mail : [ar@ar.or.th](mailto:ar@ar.or.th) \*\*