

แบบกรอกข้อมูลผู้รับการเสนอชื่อนักจิตวิทยาคลินิกดีเด่น สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย
ประจำปี ๒๕๖๘

ด้านรางวัลนักจิตวิทยาคลินิกเกียรติยศ

ชื่อ-สกุลผู้รับการเสนอชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
ตำแหน่ง..... เลขที่ จ.ค.
ตำแหน่งทางวิชาชีพนักจิตวิทยาคลินิก ระดับ.....
อายุการทำงานด้านจิตวิทยาคลินิกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา.....ปี
หน่วยงาน.....
โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ประวัติการศึกษา

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ประวัติการทำงาน

.....
.....
.....
.....
.....
.....

เกียรติประวัติหรือผลงานที่สร้างคุณประโยชน์แก่นักจิตวิทยาคลินิกและประชาชน

.....
.....
.....
.....
.....
.....

หมายเหตุ กรณีมีข้อมูลนำเสนอเกินกว่าพื้นที่ที่กำหนด สามารถขยายแบบเพื่อกรอกข้อมูลเพิ่มเติมได้

ส่งมาที่ psychologist.TCPA@gmail.com ภายในวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

แบบกรอกข้อมูลผู้รับการเสนอชื่อนักจิตวิทยาคลินิกดีเด่น สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

ด้านรางวัลนักจิตวิทยาคลินิก () ผู้มีผลงานวิจัยยอดเยี่ยม หรือ () ผู้มีผลงานนวัตกรรมยอดเยี่ยม

ชื่อ-สกุลผู้รับการเสนอชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง..... เลขที่ จ.ค.

ตำแหน่งทางวิชาชีพนักจิตวิทยาคลินิก ระดับ.....

อายุการทำงานด้านจิตวิทยาคลินิกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา.....ปี

หน่วยงาน.....

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

ประวัติการศึกษา

.....

.....

.....

ประวัติการทำงาน

.....

.....

.....

ผลงานวิจัย หรือ ผลงานนวัตกรรม ด้านจิตวิทยาคลินิก

.....

.....

.....

.....

คุณค่าและคุณประโยชน์ของผลงานวิจัย หรือ ผลงานนวัตกรรม ด้านจิตวิทยาคลินิก

.....

.....

ชื่อ-สกุล ผู้รับรองผลงาน.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

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

หมายเหตุ กรณีมีข้อมูลนำเสนอเกินกว่าพื้นที่ที่กำหนด สามารถขยายแบบเพื่อกรอกข้อมูลเพิ่มเติมได้

ส่งมาที่ psychologist.TCPA@gmail.com ภายในวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

แบบกรอกข้อมูลผู้รับการเสนอชื่อนักจิตวิทยาคลินิกดีเด่น สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

ด้านรางวัลนักจิตวิทยาคลินิกผู้ปฏิบัติงานดีเด่นประจำปี ๒๕๖๘

สาขา.....

() ระดับเชี่ยวชาญ หรือเทียบเท่า

() ระดับชำนาญการพิเศษ หรือเทียบเท่า

() ระดับชำนาญการ หรือเทียบเท่า

() ระดับปฏิบัติการ หรือเทียบเท่า

ชื่อ-สกุลผู้รับการเสนอชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง..... เลขที่ จ.ค.

ตำแหน่งทางวิชาชีพนักจิตวิทยาคลินิก ระดับ.....

อายุการทำงานด้านจิตวิทยาคลินิกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา.....ปี

หน่วยงาน.....

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

ประวัติการศึกษา

.....

.....

.....

.....

ประวัติการทำงาน

.....

.....

.....

.....

ผลการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิกที่โดดเด่น เป็นที่ประจักษ์

.....

.....

.....

.....

ชื่อ- สกุล ผู้รับรอง/อ้างอิงถึง.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

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

หมายเหตุ กรณีมีข้อมูลนำเสนอเกินกว่าพื้นที่ที่กำหนด สามารถขยายแบบเพื่อกรอกข้อมูลเพิ่มเติมได้

ส่งมาที่ psychologist.TCPA@gmail.com ภายในวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๘