



## แบบฟอร์มขอรับบริการจากนักจิตวิทยา

ชื่อ-สกุล ด.ช./ด.ญ/.....ชื่อเล่น.....

วันเดือนปีเกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน/อาคารชุด..... ซอย.....

ถนน.....แขวง/ต.อบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....Line ID.....

สถานศึกษา.....ระดับชั้นเรียน.....

### ต้องการรับบริการ (เลือกตามอายุเด็ก)

คอร์ส	ระดับอายุ	การประเมิน
<input type="radio"/> A	3 - 4.11 ปี	พัฒนาการ พฤติกรรมการปรับตัว
<input type="radio"/> B	5 - 9.11 ปี	พฤติกรรมการปรับตัว ความถนัดในการเรียนรู้ การเรียนวิชาการ
<input type="radio"/> C	10 - 12.11 ปี	พฤติกรรมการปรับตัว เขาวนปัญญา การเรียนวิชาการ

สำคัญ!!!! โปรดอ่านอย่างละเอียด - กรอกข้อมูลให้ครบ จากนั้น - ส่งแบบฟอร์มนี้มาที่ e-mail: nicfdclinic@gmail.com (รอเจ้าหน้าที่ติดต่อกลับเพื่อยืนยันการนัดหมาย ภายใน 1 สัปดาห์) หรือ - ส่งด้วยตนเองที่คลินิกเด็กและวัยรุ่น ห้อง 1213 อาคารปัญญาวัฒนา ชั้น 2 สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว