แบบฟอร์มขอรับบริการคลินิกการเลี้ยงดูเชิงบวก

HN____-_____

ชื่อ-สกุล นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ ..... ชื่อเล่น.....

เลขประจำตัวประชาชน [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

วันเดือนปีเกิด ..... **อายุ** .....ปี .....เดือน

ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน/อาคารชุด.....

ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ..... **E-mail**.....

ระดับการศึกษา..... **อาชีพ**.....

สถานะของท่าน ○พ่อ ○แม่ ○ปู่/ตา ○ย่า/ยาย ○ผู้ปกครองอื่นๆ ระบุ.....

จำนวนบุตร/หลานที่ท่านเลี้ยงดู .....คน

ช่วงอายุของบุตร/หลานที่ท่านเลี้ยงดู **(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)**

○ แรกเกิด – 6 ปี ○ 7 - 12 ปี ○ 13 - 18 ปี ○ มากกว่า 18 ปี

ท่านต้องการรับบริการ ○ **แบบเดี่ยว** 650 บาท/ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง (ตามเวลานัด)

○ **แบบกลุ่ม** 600 บาท ใช้เวลา 2 ชั่วโมง (09.00 – 11.00 น.)

<u>กรณีแบบกลุ่ม</u> โปรดเลือกเรื่องและวันที่ท่านจะมารับบริการ (วันจันทร์ เวลา 09.00 – 11.00 น.)

ที่	เรื่อง	ใส่ √ ในช่องที่ท่านเลือก	
1	**พ่อแม่มีอยู่จริง**	○ 17 กุมภาพันธ์ 2563	○ 17 สิงหาคม 2563
2	**การรับรู้ และการจัดการอารมณ์**	○ 16 มีนาคม 2563	○ 21 กันยายน 2563
3	**การส่งเสริมทักษะสังคม**	○ 20 เมษายน 2563	○ 19 ตุลาคม 2563
4	**ทักษะสมอง: ทักษะชีวิตเพื่อความสำเร็จ**	○ 18 พฤษภาคม 2563	○ 16 พฤศจิกายน 2563
5	**ความสุขที่สร้างได้ในครอบครัว**	○ 15 มิถุนายน 2563	○ 21 ธันวาคม 2563
6	**การสื่อสารเชิงบวก**	○ 20 กรกฎาคม 2563	○ 18 มกราคม 2564

<u>สำคัญ!!!! โปรดอ่านอย่างละเอียด</u>

- *กรอกข้อมูลให้ครบ จากนั้น*
- *ส่งแบบฟอร์มนี้มาที่ e-mail: <u>nicfdclinic@gmail.com</u> (รอเจ้าหน้าที่ติดต่อกลับเพื่อยืนยันการนัดหมาย ภายใน 1 สัปดาห์)*

หรือ

- *ส่งด้วยตนเองที่ คลินิกเด็กและวัยรุ่น ห้อง 1213 อาคารปัญญาวัฒนา ชั้น 2 สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว*