

แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการ
โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “พัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยที่ไขยาแอสเพอริน”
ในวันพฤหัสบดีที่ 31 มีนาคม 2559 เวลา 08.00-16.30 น.
ณ ห้องประชุมเอกาทศรถ 1 ชั้น 3 อาคารสิรินธร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

หน่วยงาน

ที่อยู่ / เบอร์โทร. ที่สามารถติดต่อได้

รายชื่อผู้เข้าร่วมอบรม

1. ชื่อ -นามสกุล ตำแหน่ง
- เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ E-Mail
- ประเภทอาหาร ทวีไป อิสลาม มังสวิรัต อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
2. ชื่อ -นามสกุล ตำแหน่ง
- เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ E-Mail
- ประเภทอาหาร ทวีไป อิสลาม มังสวิรัต อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
3. ชื่อ -นามสกุล ตำแหน่ง
- เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ E-Mail
- ประเภทอาหาร ทวีไป อิสลาม มังสวิรัต อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
4. ชื่อ -นามสกุล ตำแหน่ง
- เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ E-Mail
- ประเภทอาหาร ทวีไป อิสลาม มังสวิรัต อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
5. ชื่อ -นามสกุล ตำแหน่ง
- เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ E-Mail
- ประเภทอาหาร ทวีไป อิสลาม มังสวิรัต อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

รายชื่อผู้เข้าร่วมปฏิบัติการ Workshop

1. ชื่อ -นามสกุล ตำแหน่ง
2. ชื่อ -นามสกุล ตำแหน่ง
3. ชื่อ -นามสกุล ตำแหน่ง

- ส่งแบบตอบรับที่

นางจามรี จันทรสุข เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป งานเภสัชกรรม

ที่อยู่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร 99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000

โทร. 0 5596 5436

โทรสาร 0 5596 5084

E-Mail : jam_jammaree@hotmail.com

- ส่งภายในวันที่ 22 มีนาคม 2559