



แบบตอบรับการเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวด้วยแนวคิดของ Satir

ในระหว่างวันที่ 24 – 26 พฤษภาคม 2561

ณ ห้องอุทัยธานี โรงแรมท็อปแลนด์ จังหวัดพิษณุโลก

1. รายละเอียดผู้เข้าร่วมโครงการ

(เพื่อประโยชน์ของท่าน โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน และกรุณาพิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง)

1. ชื่อ – นามสกุล แผนก/หน่วยงาน..... วิชาชีพ.....
2. ชื่อ – นามสกุล แผนก/หน่วยงาน..... วิชาชีพ.....
3. ชื่อ – นามสกุล แผนก/หน่วยงาน..... วิชาชีพ.....
4. ชื่อ – นามสกุล แผนก/หน่วยงาน..... วิชาชีพ.....
5. ชื่อ – นามสกุล แผนก/หน่วยงาน..... วิชาชีพ.....

2. สถานที่ติดต่อ/ผู้ประสานงาน

โรงพยาบาล / สถานที่ทำงาน

เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร มือถือ..... E – mail address :

หมายเหตุ

- ค่าลงทะเบียนท่านละ 3,000 บาท/ท่าน
- กรุณาชำระค่าลงทะเบียนเป็นเงินสด (หน้างาน)
- ปิดรับสมัครวันจันทร์ที่ 21 พฤษภาคม 2561
- สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โทรศัพท์ 0 5596 5522