

แบบตอบรับ (ENP 6)

อบรมหลักสูตรระยะสั้น สาขาการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง

สำหรับผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน

ระหว่างวันที่ 16 กรกฎาคม 2559 – 20 กรกฎาคม 2559

ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ชื่อ – ชื่อสกุล(ยศ/นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

จังหวัด.....

การติดต่อ - หมายเลขโทรศัพท์สถานที่ปฏิบัติงาน.....ต่อ.....

- หมายเลขโทรสาร.....

- หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

ยินดีเข้าร่วมการอบรม

ไม่เข้าร่วมการอบรม เนื่องจาก.....

.....(ตัวบรรจง)

ผู้ส่งเอกสาร

กรุณาส่งแบบตอบรับ : ภายในวันที่ 13 กรกฎาคม 2559

การติดต่อประสานงาน : น.ส.วรัตน์สุดา รุจีสิทธิรัตน์

โทรศัพท์/โทรสาร 045-255864 (ในเวลาราชการ)
