ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม

กำหนดการประชุมเพื่อโปรดทราบ

(ร่าง)แผนพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขผู้มีจิตรวบคว้า เวทีภูมิภาค(ภาคใต้)

ห้องประชุมศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษา ชั้น 3 อาคารศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสงขลา

โรงพยาบาล .....

1) ชื่อ (นาย.นาง. นส.).....สกุล.....

ตำแหน่ง .....หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อทางไปรษณีย์ .....

.....

โทรศัพท์.....โทรสาร .....E-mail.....

☐ อาหารทั่วไป ☐ อาหารอิสลาม

2) ชื่อ (นาย.นาง.นส.).....สกุล .....

ตำแหน่ง .....หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อทางไปรษณีย์ .....

.....

โทรศัพท์ .....โทรสาร .....E-mail.....

☐ อาหารทั่วไป ☐ อาหารอิสลาม

☐ ไม่สามารถขอเข้าร่วมได้ เนื่องจาก.....

*** กรุณาสำรองที่พักด้วยตนเอง

<u>หมายเหตุ</u> : ส่งใบตอบรับเข้าร่วมประชุม ทางโทรสาร 074-273101 **ภายในวันพุธที่ 7 กันยายน 2554**

ผู้ประสานงาน น.ส.ตลอารวย บุญสนิท กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสงขลาใหญ่ โทร 074 – 273100

หรือ E-mail : schsrosth@gmail.com