

ใบสมัครเข้าร่วม
การฝึกอบรมเครือข่ายทีมแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
รุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒ - ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑
(ระยะเวลา ๕ วัน)
ณ โรงแรมเวียงลคอร อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

โปรดกรอรายละเอียดตัวบรรจง

คำนำหน้า ☐นาย ☐นาง ☐นางสาวชื่อ/สกุล.....

เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

สถานที่ทำงาน/ติดต่อ

.....

หมายเลขโทรศัพท์.....E-mail:.....

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่/...../.....

ทั้งนี้โปรดส่งรายชื่อ ไปยัง นางสาวสายชล บุญวิสุทธิานนท์ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก
โทร ๐๘๗ ๓๑๗๒๑๔๘ E-mail: cholboon@gmail.com ภายในวันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๑