

แบบตอบรับเข้าร่วมอบรม

โครงการพัฒนาศักยภาพด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท

วันที่ ๒๗ - ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๑

ณ.ห้องประชุมนิมมาน ๓ โรงแรมยูนิมมานเชียงใหม่ อ. เมือง จ. เชียงใหม่

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล .....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ .....

โรงพยาบาล ..... หน่วยงาน .....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ..... มือถือ .....

E-mail .....

๒. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล .....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ .....

โรงพยาบาล ..... หน่วยงาน .....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ..... มือถือ .....

E-mail .....

**หมายเหตุ :** โปรดส่งแบบตอบรับเข้าร่วมอบรม ไปที่ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ทางโทรสาร ๐ ๕๓๙๒ ๐๒๐๒ หรือ ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ chaweewan๓๗๐๒๑@gmail.com

ภายในวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๑

**ติดต่อสอบถามที่ :**

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล งานวิชาการพยาบาล

นางฉวีวรรณ แสงสว่าง โทร. ๐ ๕๓๙๒ ๐๒๐๐ ต่อ ๓๐๐ หรือ มือถือ ๐๘๖ ๖๕๖ ๒๘๑๐

นายธีรพงษ์ รุ่งเรือง มือถือ ๐๘๗ ๑๗๔ ๐๖๗๙

โทรสาร ๐ ๕๓๙๒ ๐๒๐๒