

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรมระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

วันศุกร์ที่ 24 เมษายน 2558 เวลา 08.30 – 15.30 น.

ณ. ห้องประชุมไพจิตร ปวะบุตร อาคาร 7 ชั้น 9 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์โทรสาร.....

เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail

โปรดส่งใบตอบรับกลับคืนภายใน วันที่ 1 เมษายน 2558 ที่

คุณศศิพร ภาสบุตร

สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา

อาคาร 6 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ซอยบําราศนราดรุณ ถนนติวานนท์

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง

จังหวัดนนทบุรี

11000

หรือทาง E-mail

doodee1964@hotmail.com

ผู้ประสานงาน ศศิพร ภาสบุตร

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 9693 7909