

ใบสมัครเข้าร่วมการอบรม
โครงการพัฒนาทันตภิบาลเพื่อการบริการคลินิกหมอมือครบถ้วน
ระหว่างวันที่ ๗-๑๑ มกราคม ๒๕๖๒
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

๑. ชื่อ-สกุล ☐ นาง ☐ นาย ☐ นางสาว.....
๒. อายุปี ระดับการศึกษา ☐ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท ☐ ปริญญาเอก
๓. ตำแหน่ง
๔. สถานที่ปฏิบัติงาน จังหวัด
๕. ท่านปฏิบัติงานอยู่ในเขตสุขภาพที่
๖. เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ E-mail ถ้ามี.....
๗. ท่านประสงค์จะเข้าพัก
☐ วันอาทิตย์ที่ ๖-๑๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒
☐ วันจันทร์ที่ ๗-๑๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒
๘. อาหาร ☐ ปกติ ☐ เจ ☐ มังสะวิรัต ☐ อิสลาม

***ขอความกรุณาทางเขตสุขภาพ รวบรวมรายชื่อผู้สมัครเข้าร่วมการอบรมพร้อมใบสมัคร**
ส่งภายในวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๑
ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
๘๔/๒๑ ต. หน้าเมือง อ.เมือง จ.ราชบุรี ๗๐๐๐๐
หรือส่งทาง Fax ๐๓๒-๓๑๔๖๐๕

หมายเหตุ

การพักค้าง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี จัดที่พักให้ท่านพักค้างที่วิทยาลัยฯ
ซึ่งห้องพักเป็นห้องปรับอากาศ พักห้องละ ๔-๖ คน พักในวิทยาลัยฯ

สิ่งที่ท่านต้องเตรียมมา

- ๑.คอมพิวเตอร์โน้ตบุค (ถ้ามี)
- ๒.ร่มกันฝน
- ๓.รองเท้าสำหรับใส่ลงชุมชน เดินได้สะดวก
- ๔.การแต่งกาย ใส่ชุดสุภาพ เป็นกางเกงได้ เนื่องจากต้องลงชุมชน
- ๕.อุปกรณ์ในการอาบน้ำ ผ้าเช็ดตัว เสื้อคลุม ฯลฯ (เนื่องจากที่พักเป็นห้องน้ำรวม)