

ใบสมัคร

โครงการฝึกอบรมแพทย์หลักสูตรการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายและจิต
ระหว่างวันที่ 19 – 21 ตุลาคม 2563
ณ โรงแรมโมรา ท่าแพ เชียงใหม่

ข้อมูลผู้สมัคร

1. ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี
2. ใบอนุญาตที่.....* (กรุณา *,** แนบสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ พร้อมใบสมัคร)
3. สาขาวิชา.....**
4. ตำแหน่งงาน.....
5. ลักษณะงาน บริหาร บริการ วิชาการ
6. หน้าที่ความรับผิดชอบ ตรวจรักษาผู้ป่วยใน (IPD) ตรวจรักษาผู้ป่วยนอก (OPD)
 เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย แพทย์ประจำสถานประกอบการ
 อื่นๆ.....
7. สถานที่ทำงานปัจจุบัน (กรุณาระบุชื่อ).....
ซึ่งเป็น โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป
 คลินิกส่วนตัว โรงพยาบาลชุมชน
 โรงพยาบาลเอกชน สถานประกอบการ
8. ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก
.....
โทรศัพท์.....E-mail.....
9. อาหาร อาหารไทยทั่วไป อาหารอิสลาม *แพ้อาหาร (ระบุ).....

(ลงชื่อ)
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ

สามารถส่งใบสมัครได้ที่

1. ส่งตรง ณ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ทางไปรษณีย์ จ่าหน้าซองถึง
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (อบรมสูญเสีย)
110 ถ.อินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200
3. E-mail : Natthacha.bim@gmail.com
4. Line ID : commedcmu

สำรองห้องพัก

กรุณาติดต่อ โรงแรมโมรา ท่าแพ เชียงใหม่ โทรศัพท์ 053-251465 ,086-1922217

