



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

แบบตอบรับการอบรมเชิงปฏิบัติการ “Clinical Research”
อบรม ๕ ระยะเวลา ละ ๒ วัน

ชื่อหน่วยงาน.....

รายชื่อผู้สมัครเข้าอบรม

๑. ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่ง..... โทรศัพท์.....

มือถือ..... E-mail.....

๒. ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่ง..... โทรศัพท์.....

มือถือ..... E-mail.....

หัวข้อที่ต้องการดำเนินการวิจัย

ชื่อภาษาไทย.....

ชื่อภาษาอังกฤษ.....

*หมายเหตุ :

๑. แบบตอบรับ ๑ ใบ / ๑ หัวข้อ

๒. ผู้เข้าอบรมต้องเข้าอบรมครบทั้ง ๕ ระยะเวลา มีเวลาเรียนไม่น้อยกว่า ๘๐% จึงจะได้รับประกาศนียบัตร

* สำรองที่นั่งล่วงหน้าได้ที่ จีราพร หิรัญรัตนธรรม ภายในวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๓ หรือ จนกว่าจะเต็ม
โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๖๒๔๙ โทรสาร ๐ ๒๙๖๕ ๙๘๔๔ Email : hjiraporn@gmail.com

* สามารถ download แบบตอบรับการอบรม ได้จาก QR code ในเอกสารนี้

* การประชุมครั้งนี้ไม่ถือเป็นวันลา และสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังจากต้นสังกัด
หากได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา