

ใบสมัคร
โครงการอบรมกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข
ระหว่างวันที่ ๒๖ – ๒๘ กันยายน ๒๕๖๑
ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ก ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง: โปรดเขียนด้วยตัวบรรจง

ชื่อ – สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

E-mail..... โทรศัพท์.....

ประกอบอาชีพ..... ตำแหน่ง.....

ชื่อสถานที่ทำงาน..... ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....

..... โทรศัพท์.....

แนบพร้อมสำเนาเอกสาร ดังนี้

- ☐ บัตรประจำตัวประชาชน หรือ
- ☐ บัตรอื่นๆ ที่ทางราชการออกให้ โปรดระบุ.....

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....

ที่อยู่ออกใบเสร็จรับเงิน.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

...../...../.....

ท่านรับทราบข้อมูลการประชาสัมพันธ์โครงการจาก.....