

1. บุคลากร

ประเภทบุคลากร	ลำดับ	Full Time ชื่อ-สกุล	Part Time ชื่อ-สกุล	เลขที่ใบอนุญาต ให้ประกอบ วิชาชีพ	โทรศัพท์ที่ ติดต่อได้ สะดวก
แพทย์

เภสัชกร

ทันตแพทย์

พยาบาลวิชาชีพ

พนักงานประสาน หน่วยบริการ

บุคลากรอื่น ๆ

2. หน่วยร่วมให้บริการ

2.1 บริการด้านทันตกรรม ชื่อหน่วยบริการ.....

ที่ตั้ง..... โทรศัพท์

2.2 บริการด้านเทคนิคการแพทย์ ชื่อหน่วยบริการ.....

ที่ตั้ง..... โทรศัพท์

หมายเหตุ 1. โปรดจัดทำข้อมูลข้างต้นและนำมาในวันทำสัญญา หน่วยบริการละ 2 ชุด

2. กรณีมีการเปลี่ยนแปลงจากที่เคยแจ้งไว้ในการสมัคร โปรดส่งหลักฐานใหม่ให้สำนักงาน สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร) ด้วยทุกครั้ง