

แบบตอบรับการเข้าร่วมอบรม

“การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิเอกชนพื้นที่กรุงเทพมหานคร”

ณ ห้องประชุมเย็นสุดใจ อาคารคุ้มเกล้า ชั้น 3 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.บ.นอ.

วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

ชื่อสถานพยาบาล (คลินิก) .....

โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... โทรสาร .....

รายชื่อผู้เข้าร่วมอบรม

1. ชื่อ- สกุล.....โทรศัพท์.....

2. ชื่อ- สกุล.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ - กรุณาส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมอบรมภายในวันที่ 18 มกราคม 2551 ทางโทรสาร  
หมายเลข 02-831-4054  
- ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ผู้ประสานงาน  
โครงการฯ คุณอมวศรี เปาอินทร์ 02- 831- 4000 ต่อ 7150 คุณศศิธร ไชยสิทธิพร  
โทร 02- 8314000 ต่อ 3073 086-733-6090

แบบตอบรับการเข้าร่วมอบรม

“การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิเอกชนพื้นที่กรุงเทพมหานคร”

ณ ห้องประชุมเย็นสุดใจ อาคารคุ้มเกล้า ชั้น 3 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.

บนอ.

วันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

ชื่อสถานพยาบาล (คลินิก) .....

โทรศัพท์ที่ทำงาน .....

โทรสาร .....

รายชื่อผู้เข้าร่วมอบรม

1. ชื่อ- สกุล.....โทรศัพท์.....

2. ชื่อ- สกุล.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ - กรุณาส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมการอบรมภายในวันที่ 18 มกราคม 2551 ทางโทรสาร  
หมายเลข 02-831- 4054

- ผู้เข้าร่วมการอบรมสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ผู้ประสานงาน  
โครงการฯ คุณอมวาศรี เปาอินทร์ 02- 831- 4000 ต่อ 7150 คุณศศิธร ไชยสิทธิพร  
โทร 02- 8314000 ต่อ 3073 086-733-6090

แบบตอบรับการเข้าร่วมอบรม

“การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิเอกชนพื้นที่กรุงเทพมหานคร”

ณ ห้องประชุมเย็นสุดใจ อาคารคุ้มเกล้า ชั้น 3 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.บনอ.

วันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

ชื่อสถานพยาบาล (คลินิก) .....

โทรศัพท์ที่ทำงาน .....

โทรสาร .....

รายชื่อผู้เข้าร่วมอบรม

1. ชื่อ- สกุล.....โทรศัพท์.....

2. ชื่อ- สกุล.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ

- กรุณาส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมอบรมภายในวันที่ 18 มกราคม 2551 ทาง

โทรสารหมายเลข 02-831- 4054

- ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ผู้ประสานงาน

โครงการฯ คุณอมวศรี เปาอินทร์ 02- 831- 4000 ต่อ 7150 คุณศศิธร ไชยสิทธิ์พร

โทร 02- 8314000 ต่อ 3073 086-733-6090

แบบตอบรับการเข้าร่วมอบรม

“การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิเอกชนพื้นที่กรุงเทพมหานคร”

ณ ห้องประชุมเย็นสุดใจ อาคารคุ้มเกล้า ชั้น 3 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.บনอ.

วันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

ชื่อสถานพยาบาล (คลินิก) .....

โทรศัพท์ที่ทำงาน .....

โทรสาร .....

รายชื่อผู้เข้าร่วมอบรม

1. ชื่อ- สกุล.....โทรศัพท์.....

2. ชื่อ- สกุล.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ - กรุณาส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมอบรมภายในวันที่ 18 มกราคม 2551 ทางโทรสาร  
หมายเลข 02-831-4054  
- ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ผู้ประสานงาน  
โครงการฯ คุณอมวาศรี เปาอินทร์ 02- 831- 4000 ต่อ 7150 คุณศศิธร ชยสิทธิ์พร  
โทร 02- 8314000 ต่อ 3073 086-733-6090