

แบบตอบรับการประชุม

สรุปผลการดำเนินงานการจัดการข้อมูลสารสนเทศสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ในพื้นที่เขต ๘ อุดรธานี

วันที่ ๖-๗ สิงหาคม ๒๕๖๓ ณ ณ ห้องประชุมภาสกร ๑-๒ ศูนย์ประชุม มลฑาทิพย์ ฮอลล์ อ.เมือง จ.อุดรธานี

การตอบรับการเข้าร่วมประชุม(ระบุ)

☐ วันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๓ ☐ วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๓

ผู้นำเสนองาน ชื่อ - สกุล (เบิกจ่าย สปสช.เขต ๘ อุดรธานี)

1.....โทรศัพท์.....E-Mail.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....เลขทะเบียนรถยนต์ส่วนบุคคล.....

2.....โทรศัพท์.....E-Mail.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....เลขทะเบียนรถยนต์ส่วนบุคคล.....

3.....โทรศัพท์.....E-Mail.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....เลขทะเบียนรถยนต์ส่วนบุคคล.....

4.....โทรศัพท์.....E-Mail.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....เลขทะเบียนรถยนต์ส่วนบุคคล.....

5.....โทรศัพท์.....E-Mail.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....เลขทะเบียนรถยนต์ส่วนบุคคล.....

ผู้เข้าร่วมประชุม ชื่อ - สกุล (เบิกจ่ายต้นสังกัด)

1.....โทรศัพท์.....E-Mail.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....เลขทะเบียนรถยนต์ส่วนบุคคล.....

2.....โทรศัพท์.....E-Mail.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....เลขทะเบียนรถยนต์ส่วนบุคคล.....

การเข้าพัก (เฉพาะผู้นำเสนองาน)

ท่านประสงค์จะเข้าพักวันใดบ้าง โปรดทำเครื่องหมาย ☒

☐ วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๓ ☐ วันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๓

พักคู่(ระบุ)..... หรือ ผู้จัดให้

โปรดแจ้งการตอบรับมายัง สปสช. เขต ๘ อุดรธานี ภายในวันจันทร์ที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓

ได้ทาง QR Code หรือ E-mail : sineenus.s@nhso.go.th

ผู้ประสานงาน : สินีศ สันติรักษ์พงษ์ กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และประเมินผลโทรศัพท์

๐๘๑-๙๖๕๕๔๙๒

