

แบบตอบรับเข้าร่วมงาน
การประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ
ระหว่างวันที่ วันที่ ๒๕ - ๒๗ มกราคม ๒๕๖๖
ณ ห้องประชุมยามดี โรงแรมเวลาดี อ.เมืองอุดรธานี จ.อุดรธานี

สสจ./สสอ./รพ./รพ.สต.
อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
เบอร์โทรศัพท์ มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ ประจำปี ๒๕๖๖ ระหว่างวันที่ วันที่ ๒๕ - ๒๗ มกราคม ๒๕๖๖ ณ
โรงแรมเวลาดี อ.เมืองอุดรธานี จ.อุดรธานี ขอส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการประชุมฯ ดังนี้

๑. ชื่อ - สกุลตำแหน่ง.....
เบอร์โทร
๒. ชื่อ - สกุลตำแหน่ง.....
เบอร์โทร
๓. ชื่อ - สกุลตำแหน่ง.....
เบอร์โทร

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ ๑. ส่งแบบตอบรับเข้าร่วมโครงการฯ โดยจัดส่งได้ ดังนี้
- ๑.๑ ส่งทางอีเมลล์ : r8wayict@gmail.com
 - ๑.๒ ถ้ามีข้อสงสัยติดต่อประสานงานได้ที่ : ๐๔๒-๒๑๙๒๐๗-๘ ต่อ ๒๐๗ หรือ ๒๑๙
 ๓. กรุณาส่งแบบตอบรับภายในวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖