

แบบตอบรับ

เข้าร่วมอบรมโครงการพัฒนาระบบบัญชีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รุ่นที่ ระหว่างวันที่ กันยายน ๒๕๕๘
ณ โรงแรม.....

จังหวัด.....

๑. นาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน..... โทรศัพท์.....
๒. นาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน..... โทรศัพท์.....
๓. นาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน..... โทรศัพท์.....
๔. นาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน..... โทรศัพท์.....
๕. นาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน..... โทรศัพท์.....
๖. นาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน..... โทรศัพท์.....

ประเภทอาหาร

- ทวีไป อิสลาม มังสะวีร์ติ อื่นๆ

หมายเหตุ

- โปรดส่งแบบตอบรับการเข้าร่วมอบรมฯ มายังกลุ่มประกันสุขภาพ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๕๘
ทาง E-mail : higmoph@gmail.com หรือทางโทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๕๖๘
- จองห้องพักด้วยตนเอง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก เบิกจากต้นสังกัด