



ใบสมัครเข้าร่วม โครงการอบรมระยะสั้นประกาศนียบัตรบริหารทางเภสัชกรรม

สาขาการตรวจติดตามระดับยาในเลือด

วันที่ 6 มกราคม - 1 พฤษภาคม 2563

ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร

ชื่อ - นามสกุล _____ เลขที่ใบประกอบ _____

สถานภาพ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ อาจารย์
 เภสัชกรทั่วไป แพทย์ พยาบาล บุคคลทั่วไป บุคลากรทางการศึกษา
 บุคลากรทางสาธารณสุข อื่นๆ _____

ศิษย์เก่าคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร เป็น ไม่เป็น

ลักษณะงานที่ท่านปฏิบัติ _____

หน่วยงานที่สังกัด ภาครัฐบาล ภาคเอกชน รัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว

สถานที่ทำงาน _____

ที่อยู่ติดต่อได้ หน่วยงาน บ้าน

เบอร์โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____ มือถือ _____

E-mail _____

ประเภทอาหาร อาหารทั่วไป มังสวิรัติ เจ อิสลาม

ค่าลงทะเบียน _____ คนละ บาท

หมายเหตุ (เช่น กรณีแพ้อาหาร, ความคาดหวังจากการเข้าร่วมโครงการ)

ออกใบเสร็จรับเงินในนามใคร โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล สังกัด อื่นๆ โปรดระบุ _____

ลงชื่อ _____

วันที่ _____