

แบบตอบรับเข้าร่วมประชุมโครงการสัมมนา CME สัญจร ครั้งที่ 3/2559

จัดโดย ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ แพทยสภา

วันพุธที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2559

ณ ห้องประชุม นายแพทย์สุจินต์ ผลากรกุล ชั้น 4 โรงพยาบาลชลบุรี

.....
รายละเอียดผู้เข้าร่วมประชุม

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อหน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อ

.....

.....

ข้อมูลสำหรับการเข้าร่วมประชุมโครงการสัมมนา CME สัญจร

จำนวนผู้อำนวยการ ผู้บริหาร ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ประธานองค์กรแพทย์ และแพทย์ผู้สนใจ
เข้าร่วมประชุม คน

รายนามผู้จะเข้าร่วมการประชุมโครงการสัมมนา CME สัญจร

1. ตำแหน่ง

2. ตำแหน่ง

3. ตำแหน่ง

4. ตำแหน่ง

5. ตำแหน่ง

.....

(.....)

(ตำแหน่ง)

ผู้ให้ข้อมูลในแบบตอบรับการเข้าร่วมการประชุม

(โปรดส่งใบตอบรับการสัมมนาฯ ภายในวันที่ 10 มิถุนายน 2559) ที่ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ อาคาร
6 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร. 02-590-1894 มือถือ
08-5685-9009 โทรสาร.02-591-7049)