ใบสมัครอบรม

หลักสูตรเฉพาะทางวิทยาศาสตร์การบริการโลหิต 16 หน่วยกิต รุ่นที่ 10

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

6 มิถุนายน – 5 สิงหาคม และ 1 ตุลาคม – 30 พฤศจิกายน 2565

....

โปรดกรอกข้อความโดยพิมพ์หรือเขียนตัวบรรจง

1. ชื่อ สกุล ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว...
2. วัน เดือน ปี เกิด..............................อายุ ....ปี
3. ตำแหน่ง..เลขที่ ทน.(สำหรับนักเทคนิคการแพทย์) ....
   โทรศัพท์มือถือ .... E-mail address..
4. สถานที่ทำงาน...ตำบล...............................
   อำเภอ.............................จังหวัด..................................
   รหัสไปรษณีย์........................โทรศัพท์.....................................โทรสาร..
5. อายุการทำงานในงานบริการโลหิต หลังสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ....ปี ....เดือน
   (นับถึงวันที่ 30 พฤษภาคม 2565)

ลงชื่อ...ผู้สมัคร

(..)

วันที่.........เดือน......................... พ.ศ............

ลงชื่อ...ผู้บังคับบัญชา

(..)

ตำแหน่ง..

วันที่.........เดือน......................... พ.ศ............

กรุณาส่งใบสมัคร และชำระค่าลงทะเบียน ภายในวันที่ 27 เมษายน 2565

โดยโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น

ชื่อบัญชี ประชุมวิชาการบริการโลหิต เลขที่ 551-435611-3

ส่งหลักฐานการสมัครและการโอนเงินทาง

1. ทาง E-mail: prakcho@kku.ac.th , cc: yupaurw@gmail.com
2. ไปรษณีย์: **หลักสูตรเฉพาะทางวิทยาศาสตร์การบริการโลหิต**
   คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002

ติดต่อสอบถาม:: รศ.ยุพา เอื้อวิจตรอรุณ โทรศัพท์ 089 942 3046 , Email: yupaurw@gmail.com