

ใบสมัคร

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนางานบริการโลหิต ประจำปี 2565

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โปรดกรอกข้อความโดยพิมพ์หรือเขียนตัวบรรจง

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

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

กรุณาส่งใบสมัคร และชำระค่าลงทะเบียน ภายในวันที่ 25 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: โครงการพัฒนางานบริการโลหิต

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002

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