



แบบตอบรับผู้เข้าอบรม

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) รุ่นที่ ๗
ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘ - ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๘
ณ ห้องประชุมเฟื่องฟ้า อาคาร ๑ ชั้น ๑ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ชื่อหน่วยงาน

ชื่อ-นามสกุล

หน่วยงานต้นสังกัด

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อที่ท่านเลือก

ขอแจ้งความประสงค์

☐ สามารถเข้าร่วมอบรมได้

☐ ไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้

ประวัติการแพ้อาหาร

☐ มี

☐ ไม่มี

ลงชื่อผู้ตอบรับ
(.....)

ตำแหน่ง.....



QR Code เข้ากลุ่มหลักสูตรวิกฤตฯ รุ่นที่ ๗

****หมายเหตุ :** กรุณาส่งแบบตอบรับภายในวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘ ทางกลุ่ม LINE จาก QR Code ข้างบนนี้

- รายละเอียดการติดต่อผู้ดูแลการอบรม

- นางสาวนิตยา ไลยะเกษ โทร ๐๙๒ - ๑๑๘ ๗๖๐๘

กลุ่มงานวิจัย บริการวิชาการ และวิเทศสัมพันธ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๓๔ ต่อ ๔๒๐๕ (ในวันและเวลาราชการ)