

หนังสือตอบรับการเข้าอบรม

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการวิธีการดูแลบาดแผลแก่บุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล

(Workshop in Wound Care) ครั้งที่ ๙

วันที่ 24 – 26 พฤษภาคม 2566

ณ ห้องประชุมพิบูลย์สงคราม ชั้น 12 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี

.....

ด้วย โรงพยาบาล / กลุ่มงาน.....

มีความประสงค์ ขอส่ง แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาล เข้ารับการอบรมฯ จำนวน..... คน

ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1..... ตำแหน่ง.....

2..... ตำแหน่ง.....

3..... ตำแหน่ง.....

4..... ตำแหน่ง.....

5..... ตำแหน่ง.....

6..... ตำแหน่ง.....

7..... ตำแหน่ง.....

8..... ตำแหน่ง.....

9..... ตำแหน่ง.....

10..... ตำแหน่ง.....

11..... ตำแหน่ง.....

12..... ตำแหน่ง.....

13..... ตำแหน่ง.....

14..... ตำแหน่ง.....

15..... ตำแหน่ง.....

กรุณาตอบรับ ภายในวันที่ 30 เมษายน 2566

ติดต่อ คุณนันท์ลินี เพียรมานะ

งานศัลยศาสตร์ตกแต่ง กลุ่มงานศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

2 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร. 0-2206-2900 ต่อ 50512

**หมายเหตุ : กรุณาส่งแบบตอบรับการเข้าอบรมฯ ทาง Line Application (LIND ID : lunlar.b)

หรือทาง E-mail : nunlinee.p@gmail.com

.....