

สำนักกระบาดวิทยา

ใบสมัครเข้าฝึกอบรมระบาดวิทยา (๑ มิถุนายน ๒๕๕๙ ถึง ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑)

ประวัติส่วนตัว

ชื่อ..... นามสกุล.....

วันเดือนปีเกิด เชื้อชาติ สัญชาติ

เลขที่บัตรประชาชน

ที่อยู่ เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ อีเมล

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

- สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตที่

ปี พ.ศ. เกรดเฉลี่ย

- เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- สถานที่ปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ

- ท่านติดภาระการขาดเงินทุนหรือไม่ ไม่ติด ติด จำนวน ปี

- สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

- เหตุผลในการสมัครเข้าฝึกอบรม

.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ใช้ในการสมัครถูกต้องทุกประการ

ลายเซ็นผู้สมัคร

ลายเซ็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

.....

.....

(.....)

(.....)

วันที่

วันที่

หมายเหตุ กรอกใบสมัครและส่งที่ E-mail : kumpalum@gmail.com ภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๕๙