

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทยปี ๒๕๖๑

รูปถ่าย

ประวัติส่วนตัว

คำนำหน้าชื่อ : นาย / นาง / นางสาว อื่นๆ (โปรดระบุ	ชื่อ - นามสกุล : (ตัวบรรจง)
วัน/ เดือน / ปี (พ.ศ.) เกิด :	อายุ (ปี) :
ศาสนา :	เพศ :
ที่อยู่สถานที่ทำงาน (โปรดระบุ):	
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน :	เบอร์โทรศัพท์มือถือ (โปรดระบุ) :
ตำแหน่งงาน :	อีเมล (โปรดระบุ) :
อายุงาน (ปี) :	ลักษณะงาน :
เลขใบประกอบ (ถ้ามี) :	

ประวัติการศึกษาและประสบการณ์

ระดับการศึกษา	สาขาวิชา	สถาบันการศึกษา	ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา

■ ประสบการณ์/ การทำงานด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

๑.

๒.

ความประสงค์เข้ารับการอบรม *** โปรดระบุเพียงรุ่นเดียวเท่านั้น ***

■ **สมัครเข้าอบรม** → **หลักสูตรสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค**

รุ่นที่ ๑ วันที่ ๒-๔ เมษายน ๒๕๖๑ ณ โรงแรมดิไอเดิล เซอร์วิส เรสซิเดนซ์ จ.ปทุมธานี

รุ่นที่ ๒ วันที่ ๒๕-๒๗ เมษายน ๒๕๖๑ ณ โรงแรมดิไอเดิล เซอร์วิส เรสซิเดนซ์ จ.ปทุมธานี

รุ่นที่ ๓ วันที่ ๖-๘ มิถุนายน ๒๕๖๑ ณ โรงแรมดิเอ็มเพรส จ.เชียงใหม่

รุ่นที่ ๔ วันที่ ๑๑-๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมโฆษะ จ.ขอนแก่น

รุ่นที่ ๕ วันที่ ๑-๓ สิงหาคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมวังใต้ จ.สุราษฎร์ธานี

■ **สมัครเข้าอบรม** → **หลักสูตรสำหรับเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค**

วันที่ ๙-๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมโฆษะ จ.ขอนแก่น

*** เฉพาะเภสัชกรเท่านั้น***

■ **เคยอบรมหลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่ หรือ หลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของสถาบันฯ หรือไม่**

ไม่เคย

เคย เมื่อ พ.ศ. สถานที่อบรม.....

*** **หมายเหตุ (หลักสูตรอบรมเต็มวัน)**

- ผู้เข้าอบรมเบิกจ่ายค่าเดินทางและเบี้ยเลี้ยงในวันเดินทางจากต้นสังกัด
- ผู้เข้าอบรมต้องพักค้างคืนเท่านั้น ไม่อนุญาตให้เดินทางไป-กลับ
- ฟรีค่าลงทะเบียน อาหารเครื่องดื่ม และที่พัก (สถาบันฯ จ่ายให้เฉพาะวันที่จัดอบรม)
- ผู้เข้าอบรมต้องอยู่อบรมครบตามวันที่หลักสูตรกำหนด

สามารถส่งใบสมัครได้อีเมล sirinan_ja@hotmail.com หรือโทรสาร ๐ ๒๕๔๐ ๙๗๓๒

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๔๐ ๙๗๒๙-๓๑ ต่อ ๕๐๕ (คุณศิรินันท์)