



การถ่ายภาพทางการแพทย์

วันที่ 20-21 สิงหาคม 2556

ชื่อ-นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....

ภาควิชา.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....มือถือ.....

E-mail.....

เหตุผลของการเข้ารับการอบรม

.....

.....

โปรดเลือกอาหารว่าง

อาหารอิสลาม

อาหารทั่วไป

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา อนุญาตให้บุคลากรเข้ารับการอบรมตลอดหลักสูตร

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชา).....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ส่งใบสมัครที่ ฝ่ายธุรการ ศูนย์เทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 5 โทร. 4282

