

ใบสมัคร

การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “Medical Women’s Leadership Program”

วันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๘ – ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เวลา ๐๘.๐๐-๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุมประสงค์-สุตสาคร ตูจินดา ชั้น ๓

สมาคมแพทย์สตรีแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์

๑. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทยตัวบรรจง) นาย/นาง/นางสาว
- ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่) MR./MRS./MISS.....
- อายุ ปี วุฒิกการศึกษา จาก.....
๒. สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง
- เลขที่ หมู่ ตรอก/ซอย ถนน
- ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด
- รหัสไปรษณีย์
๓. ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก เลขที่ หมู่
- ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
- อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
- โทรศัพท์ มือถือ โทรสาร
- E-mail :

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่เดือนพ.ศ.

กรุณาส่งใบสมัครเพื่อสำรองที่นั่งไปที่ สมาคมแพทย์สตรีแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์

เลขที่ ๕๘๐/๒ ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐ โทรศัพท์ ๐๒-๓๕๑-๐๔๐๐

โทรสาร ๐๒-๓๕๑-๔๐๘๑ E-mail : tmwa2495@hotmail.com ภายในวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๕๘