

แบบฟอร์มแจ้งรายชื่อเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา

เรื่อง

วันที่.....

ณ

ชื่อหน่วยงาน โรงพยาบาลหนองหาน อ.หนองหาน จ.อุดรธานี

โทรศัพท์/โทรสาร 0 4226 1135-6, 0 4226 1358 ต่อ 142

ขอส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา ดังนี้

1. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
2. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
3. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
4. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
5. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
6. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
7. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
8. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
9. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
10. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
11. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
12. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
13. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
14. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
15. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....