



แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม / อบรม / สัมมนา

เรื่อง

วัน ที่ เดือน พ.ศ.

ณ

1. ชื่อหน่วยงาน/บุคคล/องค์กร

ที่อยู่

โทรศัพท์ โทรสาร มือถือ

[] เข้าร่วมประชุมได้

[] ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

2. ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน คน ดังนี้

1. ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง

โทรศัพท์

2. ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง

โทรศัพท์

3. ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง

โทรศัพท์

4. ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง

โทรศัพท์

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ ส่งแบบตอบรับให้ โรงพยาบาลสอง ทางโทรสาร. 054-591575 ต่อ 1048

หรือ Email : ภายในวันที่