

ใบแจ้งความจำนงการเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ

โครงการ

การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการวิจัย : การพัฒนางานประจำให้เป็นงานวิจัยและงานวิจัยทางการพยาบาล

1. ชื่อหน่วยงาน.....
2. โทรศัพท์ที่ทำงาน..... มือถือ..... โทรสาร.....
E-mail address.....
3. ชื่อโครงการวิจัย

**** กรุณาแนบโครงร่างการวิจัย (ถ้ามี)**

ผู้สมัครต้องสามารถเข้าร่วมประชุมใน workshop ได้ครบทั้ง 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 19-20 มกราคม 2560

ครั้งที่ 2 วันที่ 23-24 กุมภาพันธ์ 2560

ครั้งที่ 3 วันที่ 20-21 พฤษภาคม 2560

ครั้งที่ 4 วันที่ 22-23 มิถุนายน 2560

เขตพื้นที่ที่ต้องการเข้าร่วมประชุม (เลือกเพียง 1 ช่องเท่านั้น)

นครราชสีมา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

อุบลราชธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น

4. รายชื่อผู้สมัครเข้าร่วม ทีมละไม่เกิน 3 ท่าน เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
1.....
2.....
3.....

5. กำหนดการสมัคร: ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ 15 มกราคม 2559

6. การลงทะเบียน: ตั้งแต่บัดนี้จนถึง 15 มกราคม 2559

ส่งเอกสารการสมัครได้ที่ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ. เมือง จ. ขอนแก่น 40002 โทรศัพท์ 080-8952065

E-mail: natned01@gmail.com

ลงชื่อ..... หัวหน้าทีมผู้ขอสมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....