

ใบแจ้งความจำนงการเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ โครงการ

การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการวิจัย : การพัฒนางานประจำให้เป็นงานวิจัยและงานวิจัยทางการพยาบาล

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

**** กรุณานำแบบแนวคิดการวิจัย (Concept Paper) เพื่อเข้ารับการพิจารณาการเข้าร่วมประชุม**

ผู้สมัครต้องสามารถเข้าร่วมประชุมใน workshop ได้ครบทั้ง 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1

เขตอุบลราชธานี วันที่ 19-20 เมษายน 2561

เขตขอนแก่น วันที่ 19-20 เมษายน 2561

เขตนครราชสีมา วันที่ 19-20 เมษายน 2561

ครั้งที่ 2

เขตอุบลราชธานี วันที่ 24-25 พฤษภาคม 2561

เขตขอนแก่น วันที่ 24-25 พฤษภาคม 2561

เขตนครราชสีมา วันที่ 24-25 พฤษภาคม 2561

ครั้งที่ 3

เขตอุบลราชธานี วันที่ 21-22 มิถุนายน 2561

เขตขอนแก่น วันที่ 21-22 มิถุนายน 2561

เขตนครราชสีมา วันที่ 21-22 มิถุนายน 2561

ครั้งที่ 4

เขตอุบลราชธานี วันที่ 20-21 กรกฎาคม 2561

เขตขอนแก่น วันที่ 31 กรกฎาคม- 1 สิงหาคม 2561

เขตนครราชสีมา วันที่ 19-20 กรกฎาคม 2561

กรุณาเลือกเขตพื้นที่ที่ต้องการเข้าร่วมประชุม (เลือกเพียง 1 ช่องเท่านั้น)

- เขตนครราชสีมา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จ.นครราชสีมา
- เขตอุบลราชธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี
- เขตขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น

4. รายชื่อผู้สมัครเข้าร่วม ทีมละไม่เกิน 3 ท่าน

เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

1.....

.....

2.....

.....

3.....

.....

5. กำหนดการสมัคร: ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ 16 เมษายน 2561

6. การลงทะเบียน: ตั้งแต่บัดนี้จนถึง 16 เมษายน 2561

ส่งเอกสารการสมัครได้ที่ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

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

E-mail: natned01@gmail.com

ลงชื่อ..... หัวหน้าทีมผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....