

สำเนา

EM-8-มด-59
Fo. 4.1-1 พ.35(พิเศษ)

แบบตอบรับ การเข้าอบรม
“อาจารย์ที่ปรึกษาประจำปีการศึกษา 2558”
ณ ห้อง 230/1 อาคารแพทยพัฒน์ ชั้น 2

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ นายแพทย์สีหรัช งามอุโฆษ ภาควิชา ออร์โธปิดิกส์
เบอร์โทรมือถือ 0818781844 Email sri'hatach@hotmail.com

ขอแจ้งความประสงค์เข้ารับการอบรม (โปรดเลือก 1 รุ่น)

[] รุ่นที่ 1 วันพฤหัสบดีที่ 10 มีนาคม 2559 เวลา 13:00-16:00 น.

[/] รุ่นที่ 2 วันศุกร์ที่ 11 มีนาคม 2559 เวลา 13:00-16:00 น.

[] ไม่สามารถมาเข้าอบรมได้ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
8 / 3 / 59

* โปรดส่งแบบตอบรับ ที่ งานแพทยศาสตรศึกษา ฝ่ายวิชาการ ตึกอำนวยการ ชั้น 5

ภายในวันที่ 8 มีนาคม 2559 *