

## ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร.....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หน่วยงาน.....

ที่อยู่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

1. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....  
โทรศัพท์.....E-mail Address.....
2. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....  
โทรศัพท์.....E-mail Address.....
3. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....  
โทรศัพท์.....E-mail Address.....

ประเภทอาหาร ( ) ทั่วไป ( ) มังสวิรัติ ( ) เจ ( ) มุสลิม

### การสมัครและการชำระค่าลงทะเบียน

1. ส่งใบสมัครทางโทรสาร( Fax ) หมายเลข 0 4429 1506 หรือ [hpc9.training@gmail.com](mailto:hpc9.training@gmail.com)
2. รอรับการยืนยันการสมัครพร้อมหมายเลขการสมัคร
3. โอนเงินผ่านธนาคารกรุงไทย สาขานครราชสีมา ประเภทกระแสรายวัน ชื่อบัญชีศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา เพื่อการรับ – โอนเงิน เลขที่บัญชี 3016097001
4. ส่งหลักฐานการโอนเงินทางไปรษณีย์, โทรสาร ( Fax ) หมายเลข 0 4429 1506 หรือ [hpc9.training@gmail.com](mailto:hpc9.training@gmail.com) และกรุณาเขียนชื่อ นามสกุล และชื่อหลักสูตรในใบโอนเงินให้ชัดเจน

### สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

คุณจิรภา ผ่องแผ้ว โทร. 0 4430 5131 ต่อ 111, 08 1261 5721

คุณจตุพร แก้วมณี โทร. 09 4474 4098 (7ภารกิจพิชิตพุง)

คุณฐาปะนะ วิชัย โทร. 08 9711 6986 (กฎหมายสาธารณสุข)

QR Code



หลักสูตรอบรม  
7 ภารกิจพิชิตพุง

QR Code



หลักสูตรอบรม  
พรบ.สาธารณสุข 2535

+

QR Code



QR Code



หลักสูตรอบรม  
7 ภารกิจพิชิตพุง

หลักสูตรอบรม  
พรบ.สาธารณสุข 2535