

## ใบสมัครโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง “การควบคุมคุณภาพภายในและภายนอกห้องปฏิบัติการเคมีคลินิก”

ระหว่างวันที่ 18-19 กรกฎาคม 2560 ณ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้สมัคร)

1.1 ชื่อ-สกุล .....

1.2 อายุ ..... ปี

1.3 เพศ  ชาย  หญิง

### 2. ข้อมูลงาน

2.1 สถานที่ทำงาน.....

2.2 ตำแหน่ง.....

2.3 หมายเลขโทรศัพท์.....

2.4 อีเมล.....

### 3. ลักษณะงาน

3.1 อายุการทำงาน .....

3.2 งานประจำที่ทำ.....

4. สิ่งที่คาดว่าจะได้รับหลังการอบรม.....  
.....  
.....

ลงนาม.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม/ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการชำระเงินได้ที่ :

กลุ่มวิชาเคมีคลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โทรศัพท์/โทรสาร : 0 4320 2088 หรือ email : sholtisa@hotmail.com

โอนเงินค่าสมัครเข้าร่วมโครงการอบรม : ธนาคารออมสิน สาขา มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ชื่อบัญชี : นางลิมทอง พรหมดี หรือ นางดวงฤดี จังตระกูล หรือ นางสาวศศิธร ไชยภูมิ บัญชีเลขที่ : 020180387209