ใบสมัครเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการ
“ การพัฒนางานบริการโลหิต ประจำปี 2562 ”
คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

---

1. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว .....
2. สถานที่ทำงาน.....ถนน..... ตำบล.....
3. อำเภอ ..... จังหวัด .....

   รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... โทรสาร .....

   โทรศัพท์มือถือ*.....

   E-mail address (พิมพ์ หรือเขียนด้วยตัวบรรจง ชัดเจน).....

   ตำแหน่ง.....

   เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (เทคนิคการแพทย์).....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

การสมัคร

1. **กรุณาส่งใบสมัคร และชำระค่าลงทะเบียน ภายในวันที่** 19 **เมษายน** 2562
   โดยโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น
   ชื่อบัญชี ประชุมวิชาการบริการโลหิต เลขที่ 551-435611-3
2. **ส่งหลักฐานการสมัครและการโอนเงินทาง**
   1. ทาง E-mail : kunkua@kku.ac.th, cc: yupaurw@gmail.com
   2. ทางโทรสาร : 043 – 202089
   3. ไปรษณีย์ รศ.ยุพา เอื้อวิจิตรอรุณ (BB-WS)
      คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
      อ. เมืองจ.ขอนแก่น 40002