



หนังสือยินยอมให้เข้าร่วมการอบรม
หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพบุคลากร
คุณอำนวย R2R และ PAR ในระบบสุขภาพ

ชื่อหน่วยงาน:

หัวหน้างาน: ชื่อ-สกุล นาย นาง นางสาว

ตำแหน่ง

โทรศัพท์ Line ID E-mail

ยินยอมและสนับสนุนให้ผู้สมัคร ชื่อ-สกุล นาย นาง นางสาว

เข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพบุคลากร
คุณอำนวย R2R และ PAR ในระบบสุขภาพ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง



ใบสมัคร
หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพบุคลากร
คุณอำนวย R2R และ PAR ในระบบสุขภาพ

ณ ห้องประชุมนิภาธรรมวงศ์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถานที่ทำงานของผู้เรียน

ชื่อ-สกุล นาย นาง นางสาว

ตำแหน่ง

ชื่อหน่วยงาน

ที่อยู่ (ที่ทำงาน)

โทรศัพท์ Line ID E-mail

เคยมีประสบการณ์การทำ R2R มาก่อนหรือไม่ มี ไม่มี

หากมีโปรดระบุ ประสบการณ์หรือผลงานวิชาการจากงาน R2R

กรุณากรอกใบสมัคร และ

แนบเอกสารการยินยอมจากหัวหน้า

(เป็นไฟล์นามสกุล.pdf)

ทาง Google doc หรือ Scan QR Code

หรือ

ส่งใบสมัครและหนังสือยินยอมมาทาง

Email: wanna.pry@mahidol.edu