

ที่ อบ ๐๑๓๒/๕๕๕



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี
ถนนศรีณรงค์ อ.เมือง อบ. ๓๔๐๐๐

๘ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญประชุม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม/ปากน้ำ
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับเข้าประชุม

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ กำหนดจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาวิชาการและงานวิจัยจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี ๒๕๖๓ ในวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จึงเชิญบุคลากรดังต่อไปนี้

๑.นางสาวนฤมล ยอดมาลี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ รพ.สต.ปทุม

๒.นางสาวขวัญชนก ห้องแสง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ รพ.สต.ปากน้ำ

เข้าประชุม ตามวันเวลา และสถานที่ดังกล่าว และขอให้ส่งใบตอบรับเข้าร่วมประชุม ที่แนบมาพร้อมหนังสือนี้ภายในวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายทองศักดิ์ หลักเขต)

สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

งานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

โทร ๐๔๕-๒๔๔-๗๘๑ โทรสาร ๐๔๕-๒๔๔-๘๓๐

ผู้ประสาน : นางสุนธรา ไพเราะ มือถือ ๐๙๗-๓๔๑-๙๖๕๒

๕๐๐๘ ๘ ๓๓๖๖ ๕๐๕๕

แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม
ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาวิชาการและงานวิจัยจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี ๒๕๖๓
ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง ขอให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับสังกัดที่ปฏิบัติราชการ

รุ่นที่ ๑ ในวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๑
บุคลากรสังกัดอำเภอในเขตพัฒนาสาธารณสุขที่ ๑ และ ๒ จำนวน ๔๘ คน

รุ่นที่ ๒ ในวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๑
บุคลากรสังกัดอำเภอในเขตพัฒนาสาธารณสุขที่ ๓ และ ๔ จำนวน ๕๒ คน

๑. ผู้รับผิดชอบงานวิจัย

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....
ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
E-mail

๒. นักวิจัยที่สนใจ

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....
ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
E-mail

๓. นักวิจัยที่สนใจ

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....
ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
E-mail

สามารถเข้าร่วมประชุมได้

ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ โดยได้มอบหมายให้ผู้แทนเป็นผู้เข้าร่วมประชุม

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....
ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
E-mail

(ลงชื่อ) ผู้มอบหมาย
(.....)

กรุณาส่งแบบตอบรับเข้าร่วมประชุมที่ ID-Line : ๐๙๕-๖๑๖-๘๑๖๐ ภายในวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓