

งานครุภาระหน้าที่
วันเลขที่ ๑๒๒
วันที่ ๔ สค. ๖๖
๑๗๙.....

กลุ่มงานพยาบาลรัฐวิสาหกิจ
รับเลขที่ ๕๗๘
รับที่ ๖๗ / ศค. ๖๖๑
๐๙.๐๔.๖๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ
พระนครศรีอยุธยา
วันเลขที่ ๕๕๙
วันที่ ๑๐ สค. ๖๖๑
เวลา ๙ ๗.๖.๖๖

ที่ สธ ๐๒๓๓.๐๙๒๖/๗.๑๘๑๐



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
๑๑๙ หมู่ ๑ ต.สนานชัย อ.เมือง
จ.สุพรรณบุรี ๗๗๐๐๐

๖ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมประชุมวิชาการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน/สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สังกัดส่วนมากด้วย แผ่นพับโครงการอบรมและใบสมัคร จำนวน ๑ ชุด

ด้วยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี จะดำเนินการจัดโครงการประชุมวิชาการ
เนื่องในวันสถาปนาวิทยาลัย ประจำปี ๒๕๖๑ เรื่อง "Management in Stroke" ให้แก่ศิษย์เก่า พยาบาลและ
บุคลากรสาธารณสุข ระหว่างวันที่ ๓ - ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมชั้น ๒ อาคาร ๕
ดังรายละเอียดตามแผ่นพับ นั้น

ในการนี้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์
ให้แก่ศิษย์เก่าของวิทยาลัย พยาบาล และบุคลากรที่สนใจในหน่วยงานของท่านเข้าร่วม โดยไม่ถือเป็นวันลา
และมีผลต่อเบิกค่าใช้จ่ายตามระเบียบจากต้นสังกัด ทั้งนี้เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว สามารถสมัคร
ด้วยตนเองหรือส่งใบสมัครไปที่ กลุ่มบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ทางโทรศัพท์
หมายเลข ๐-๓๔๕๓-๕๗๕๑ หรือ e-mail : chompoor_poom@hotmail.com พร้อมชำระค่าลงทะเบียน
๖๐๐ บาท สำหรับศิษย์เก่า และ ๗๐๐ บาท สำหรับบุคคลทั่วไป โดยโอนเข้าบัญชีเลขที่ ๗๑๐-๐-๓๒๒๒๖๙-๓
ธนาคารกรุงไทย สาขาสุพรรณบุรี ตั้งแต่วันที่ ๖ - ๑๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรที่สนใจด้วย จะเป็นพระคุณ

หัวหน้ากลุ่มงาน.....
ผู้อำนวยการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุทธิศักดิ์ เหมหานนท์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๑๐ สค. ๖๖๑

กลุ่มงานบริการวิชาการ

โทร. ๐ ๓๔๕๓ ๕๗๕๓ - ๕ ต่อ ๕๑๑๒

โทรสาร ๐ ๓๔๕๓ ๕๗๕๑

สิงหนาท์

คงคงปานสุข

ปรีดา

๒๔.๐๗.๖๑

๑๗๖ ๕๗๑

- ๗๗๐๖๗

๗๒

๑๔.๐๗.๖๑

๑๐

ใบสัมภาษณ์ร่วมโครงการประชุมวิชาการ ประจำปี ๒๕๖๑
เรื่อง “Management in Stroke”
วันที่ ๓ - ๔ กันยายน ๒๕๖๑

ชื่อ-สกุล.....
ตำแหน่ง.....
สถานที่ปฏิบัติงาน.....
เลขที่บ้านญาติประกอบธุรกิจชีพ.....
เลขที่สัมภาระทางการแพทย์.....
หมายเตือนโทรศัพท์.....

ผู้ติดต่อทางบ้าน.....
เบอร์โทรศัพท์ ๖๐๐ บ.เมือง จ.สุพรรณบุรี ๗๐๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๘๙๘๘๙ ๙๙๙๙๑
โทรสาร ๐ ๘๙๘๘๙ ๙๙๙๙๑
โปรด Fax ใบสมัครและสำเนาภาระค่าธรรมเนียมมาที่
เบอร์ ๐ ๘๙๘๘๙ ๙๙๙๙๑
ภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑
และโปรดแนบท้ายเอกสารโดยเงินมาตราสิบในวันประชุม



วิทยาลัยแพทยศาสตร์บรมราชชนนี สุพรรณบุรี
ขอเชิญเข้าร่วมโครงการประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๖๑
เรื่อง “Management in Stroke”

วิทยาลัยแพทยศาสตร์บรมราชชนนี สุพรรณบุรี
๐๘๕-๗๗๗๐-๐๘๘๘
อาจารย์วราวดา ศุภสุข ๐๘๕-๗๗๗๐-๐๘๘๘
อาจารย์ศรีวนิช พนาสันต์ ๐๘๕-๕๕๖๔-๕๕๖๔
นายชุมพู วงศ์สุริยานันท์ ๐๘๕-๑๙๙๕-๑๖๖๖

วันที่ ๓ - ๔ กันยายน ๒๕๖๑
ณ ห้องประชุมชั้น ๒ อาคาร ๕
วิทยาลัยแพทยศาสตร์บรมราชชนนี สุพรรณบุรี



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการประชุมวิชาการ ประจำปี ๒๕๖๑
เรื่อง “Management in Stroke”

วันที่ ๓ - ๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑
ณ ห้องประชุมชั้น ๖ อาคาร ๕ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

ข้อมูลผู้ร่วมงาน.....

๑. ชื่อ.....	นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....	เลขที่ใบอนุญาต.....
๒. ชื่อ.....	นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....	เลขที่ใบอนุญาต.....
๓. ชื่อ.....	นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....	เลขที่ใบอนุญาต.....
๔. ชื่อ.....	นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....	เลขที่ใบอนุญาต.....
๕. ชื่อ.....	นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....	เลขที่ใบอนุญาต.....
๖. ชื่อ.....	นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....	เลขที่ใบอนุญาต.....
๗. ชื่อ.....	นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....	เลขที่ใบอนุญาต.....
๘. ชื่อ.....	นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....	เลขที่ใบอนุญาต.....
๙. ชื่อ.....	นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....	เลขที่ใบอนุญาต.....
๑๐. ชื่อ.....	นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....	เลขที่ใบอนุญาต.....
๑๑. ชื่อ.....	นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....	เลขที่ใบอนุญาต.....
๑๒. ชื่อ.....	นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....	เลขที่ใบอนุญาต.....

หมายเหตุ สำใบตอบรับการเข้าร่วมโครงการประชุมวิชาการ ประจำปี ๒๕๖๑
ภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ โทรสาร ๐ ๓๔๕๕๓ ๓๔๕๕๑

