**ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น**

**“การพัฒนาแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์” ปีงบประมาณ 2565**

**ระหว่างวันที่ 20 มิถุนายน – 8 กรกฏาคม 2565**

**ณ ห้องประชุมสถาบันปัณณทัต อาคาร 7 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**กรุณาเขียนตัวบรรจงหรือตัวพิมพ์**

1. ชื่อ-สกุล(นาย / นาง / นางสาว) อายุ

ตำแหน่งปัจจุบัน

สังกัด ฝ่าย/ โครงการ /กลุ่มงาน /ศูนย์

สำนัก / กอง / กรม

หมายเลขโทรศัพท์

หมายเลขโทรสาร

E-mail address

1. คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด

สาขาวิชา

1. หน้าที่ความรับผิดชอบในปัจจุบัน
2. ความคาดหวังที่จะได้รับประโยชน์จากการฝึกอบรมหลักสูตรนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความในใบสมัครข้างต้นนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าสามารถเข้าโครงการนี้ได้เต็มเวลาครบถ้วนตลอดหลักสูตรการฝึกอบรม

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร

วัน / เดือน / ปี

(กรุณาส่งใบสมัครที่ E-mail : pannatat@anamai.mail.go.th และ [nithiphorn.k@anamai.mail.go.th) สอบถาม](mailto:nithiphorn.k@anamai.mail.go.th)%20%20%20%20สอบถาม)เพิ่มเติมได้ที่ 0-2590-4564 สถาบันปัณณทัต **หมดเขตรับสมัครวันที่ 31 พฤษภาคม 2565**