

ใบสมัครลงทะเบียนเข้าร่วมการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๒

วันที่ ๑๘ - ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๒

ณ ศูนย์ประชุมวายุภักษ์ โรงแรมเซ็นทราศูนย์ราชการ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ

สำหรับผู้สังเกตการณ์

๑. นาย/นาง/นางสาวนามสกุล.....

๒. เลขที่ประจำตัวบัตรประชาชน

๓. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ทางไปรษณีย์
 บ้าน หน่วยงาน ชื่อ
เลขที่..... อาคาร..... ชั้น หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
มือถือ โทรศัพท์..... โทรสาร.....
E - mail

๔. อาชีพในปัจจุบัน
ตำแหน่ง
สถานที่ทำงาน

๕. การเป็นสมาชิกชมรม/มูลนิธิ/สมาคม/องค์กร/กลุ่มสนใจ
ชื่อองค์กร.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
เป็นสมาชิกมาแล้ว.....ปี ตำแหน่งในองค์กร.....

๖. ข้อมูลอื่นๆ ที่ท่านต้องการให้คณะกรรมการฯ ได้ทราบ
.....
.....
.....

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖๒

<p>* เฉพาะเจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน ได้รับใบสมัครลงทะเบียน ในวันที่..... เวลา น. ลงชื่อ..... ผู้รับ</p>	<p>ใบสมัครลำดับที่</p>
---	------------------------

หมายเหตุ : หหมดเขตรับสมัครวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒ เวลา ๑๖.๓๐ น.