

ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๑/๑๑๖



สถาบันพระบรมราชชนก
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๕ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์รวบรวมข้อมูลศิษย์เก่าทุนการศึกษาสมเด็จพระเจ้า ๙๐

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มข้อมูลศิษย์เก่าทุนการศึกษาสมเด็จพระเจ้า ๙๐

ด้วยมูลนิธิกองทุนการกุศลสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จะดำเนินการรวบรวมข้อมูลจัดทำเนียบศิษย์เก่าทุนการศึกษาสมเด็จพระเจ้า ๙๐ เพื่อประโยชน์ในการสื่อสารและประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่างๆ ต่อไป

ในการนี้ สถาบันพระบรมราชชนก ขอความอนุเคราะห์ให้วิทยาลัยฯ จัดส่งแบบฟอร์มข้อมูลศิษย์เก่าทุนการศึกษาสมเด็จพระเจ้า ๙๐ โดยแจ้งให้กรอกข้อมูลแล้วส่งกลับไปทีมูลนิธิกองทุนการกุศลสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี หมายเลขโทรสาร ๐ ๒๗๑๐ ๓๒๒๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ส่งแบบฟอร์มข้อมูลให้ศิษย์เก่าทุนการศึกษาสมเด็จพระเจ้า ๙๐ ด้วย
จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางกฤษฎา แสงดี)

นักวิชาการพยาบาลชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

กลุ่มอำนวยการ

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๑๘

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๑๘



มูลนิธิกองทุนการกุศลสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

แบบฟอร์มข้อมูลศิษย์เก่าทุนการศึกษาสมเด็จพระเจ้า 90

นาย/นาง/นางสาว นามสกุล

ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่ หมู่/ซอย ถนน แขวง/ตำบล

.....เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ข้อมูลการศึกษาและการทำงาน

รับทุนการศึกษาสมเด็จพระเจ้า 90 ตั้งแต่ปี พ.ศ..... ถึง พ.ศ.....

วิทยาลัยพยาบาล

ปัจจุบันทำงานที่ ตำแหน่ง

ที่อยู่ เลขที่.....หมู่/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร

Email Website (ที่ทำงาน).....

ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ(ภาษาอังกฤษ) นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน เลขที่.....หมู่/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร

โทรศัพท์มือถือ Email.....

วันเกิด (วัน/เดือน/ปี)

เป้าหมายในชีวิต

ต้องการให้มูลนิธิส่งข่าวสาร ☐ ที่บ้าน

☐ ที่ทำงาน

ลงชื่อ.....

วันที่.....