

ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๙๑๑/ ๐.๑๔๓๔



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
ถนนคทาธร อ.เมือง จ.ราชบุรี ๗๐๐๐๐

๒๘

กรกฎาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการ การพัฒนาอาจารย์เพื่อพัฒนานวัตกรรมการจัดการเรียนการสอน และการวัดและประเมินผลของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการแพทย์แผนไทย อภัยภูเบศร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบตอบรับการเข้าร่วมประชุม จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ร่วมกับกลุ่มพัฒนาการศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก ได้จัดทำโครงการ การพัฒนาอาจารย์เพื่อพัฒนานวัตกรรมการจัดการเรียนการสอนและการวัดและประเมินผลของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยความร่วมมือกับมหาวิทยาลัย Fontys ประเทศเนเธอร์แลนด์ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ เพื่อพัฒนาอาจารย์ที่เคยผ่านการอบรมด้านพัฒนาการจัดการเรียนการสอนและการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้านการวัดและประเมินผล ให้สามารถจัดการเรียนการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพตามความต้องการของผู้เรียนในศตวรรษที่ ๒๑ และเกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายรายวิชา/หลักสูตรที่กำหนดไว้

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี จึงขอเชิญนางสาวกาญจนา บัวดอก แพทย์แผนไทย ปฏิบัติการ เข้าร่วมโครงการ การพัฒนาอาจารย์เพื่อพัฒนานวัตกรรมการจัดการเรียนการสอนฯ ในวันที่ ๑๐ - ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๘ ณ ห้องประชุมราชวดี อาคารอำนวยการ ชั้น ๖ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี พร้อมขอความอนุเคราะห์ส่งใบตอบรับการเข้าร่วมประชุมกลับคืนภายในวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๘ เพื่อวิทยาลัยฯ จะได้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถเข้าร่วมประชุมได้โดยไม่มีถือเป็นวันลา โดยเบิกค่าที่พัก และค่าเดินทางจากหน่วยงานต้นสังกัดได้ตามที่ราชการกำหนด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางเพลินตา พรหมบัวศรี)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

งานการสอน

โทร. ๐ ๓๒๓๑ ๔๖๐๓ ต่อ ๑๒๘

โทรสาร ๐ ๓๒๓๑ ๔๖๐๕

ผู้รับผิดชอบโครงการ อ.จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ ๐๘๑ - ๙๔๔๘๔๓๕

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
แบบตอบรับการเข้าร่วมโครงการ การพัฒนาอาจารย์เพื่อพัฒนานวัตกรรมการจัดการเรียน
การสอนและการวัดและประเมินผลของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
โดยความร่วมมือกับมหาวิทยาลัย Fontys ประเทศเนเธอร์แลนด์ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘
ระหว่างวันที่ ๑๐ - ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๘
ณ ห้องประชุมราชาวดี อาคารอำนวยการ ชั้น ๒

ชื่อหน่วยงาน.....จังหวัด.....

- ☐ เข้าร่วมประชุมได้
☐ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ เนื่องจาก.....

ผู้เข้าประชุม จำนวน.....คน

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	เบอร์โทรศัพท์	หมายเหตุ

กรุณาตอบรับการเข้าประชุม ภายในวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๘
ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม อ.จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์
๐๓๒ - ๓๑๔๖๐๓ ต่อ ๑๒๘
๐๘๑ - ๙๔๔๘๔๓๕
ส่ง FAX ใบตอบรับที่หมายเลข ๐๓๒ - ๓๑๔๖๐๕

รายชื่อโรงแรมที่สามารถเข้าพักได้ระหว่างการประชุม

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ๑. โรงแรมเวสเทิร์นแกรนด์ | เบอร์โทร ๐๓๒ - ๓๓๗๗๗๗ | ห่างจาก วพบ.ราชบุรี ประมาณ.....๕.....กม. |
| ๒. โรงแรมโกลเด้นซิตี | เบอร์โทร ๐๓๒ - ๓๑๗๑๔๐-๔๕ | ห่างจาก วพบ.ราชบุรี ประมาณ..... ๗.....กม. |
| ๓. บ้านไม้แก้ว | เบอร์โทร ๐๓๒ - ๕๕๐๔๐๐ | ห่างจาก วพบ.ราชบุรี ประมาณ.....๑.....กม. |