

แบบตอบรับและแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
โครงการประชุมวิชาการ เรื่อง วิทยาลัยคุณธรรม : สูการพัฒนาเพื่อสร้างคนดี
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙ วันที่ ๑๙ - ๒๑ กันยายน ๒๕๕๙
ณ โรงแรมดิเอ็มเพรส จังหวัดเชียงใหม่

ชื่อหน่วยงาน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

- ๑.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๒.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๓.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๔.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๕.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๖.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๗.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๘.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๙.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๑๐.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ

การเดินทาง

- ☐ รถโดยสารประจำทาง ถึงสถานีขนส่งจังหวัดเชียงใหม่ เวลา
- ☐ รถไฟ ถึงสถานีจังหวัดเชียงใหม่ เวลา
- ☐ เครื่องบิน สายการบิน ถึงสนามบินจังหวัดเชียงใหม่ เวลา
- ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ ถึงจังหวัดเชียงใหม่ เวลา

กรุณาส่งแบบตอบรับไปที่

กลุ่มอำนวยการ โทรสาร ๐-๕๓๑๒-๑๑๒๕ หรือทาง E-mail : office@bcnc.ac.th ภายในวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๙

แบบตอบรับและแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วมงาน
“วัฒนธรรมล้ำค่า สวยสง่าภูมิปัญญาไทย”

วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๕๙ เวลา ๑๘.๐๐ – ๒๒.๐๐ น.
ณ คัมภีร์ รีสอร์ทแอนด์สปา เขื่อนทรา บุดิก คอลเลกชั่น
ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ชื่อหน่วยงาน วิทยาลัยการสาธิตสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี

รายชื่อผู้เข้าร่วมงาน

- ๑.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๒.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๓.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๔.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๕.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๖.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๗.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๘.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๙.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ
- ๑๐.....
ตำแหน่งหมายเลขติดต่อ

การเดินทาง

- ☐ รถโดยสารประจำทาง ถึงสถานีขนส่งจังหวัดเชียงใหม่ เวลา
- ☐ รถไฟ ถึงสถานีจังหวัดเชียงใหม่ เวลา
- ☐ เครื่องบิน สายการบิน ถึงสนามบินจังหวัดเชียงใหม่ เวลา
- ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ ถึงจังหวัดเชียงใหม่ เวลา

กรุณาส่งแบบตอบรับไปที่

กลุ่มอำนวยการ โทรสาร ๐-๕๓๑๒-๑๑๒๕ หรือทาง E-mail : office@bcnc.ac.th ภายในวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๙

หมายเหตุ

๑. การแต่งกาย ชุดไทย / ไทยล้านนา / ไทยประจำภาค
๒. ขอรับการสนับสนุนวิทยาลัยละ ๗,๐๐๐ บาท กรณีเกิน ๑๐ ท่าน ขอเพิ่มท่านละ ๗๐๐ บาท
๓. กรุณาโอนเงินที่บัญชีธนาคารกรุงเทพ สาขานนทบุรี ชื่อบัญชี นางวรพร วันไชยธนวงศ์ เลขที่บัญชี ๕๐๔-๐๖๙๐๙๑-๘ และ Fax. หลักฐานการโอนเงินมาที่ ๐-๕๓๑๒-๑๑๒๕ หรือทาง E-mail : office@bcnc.ac.th

แบบกรอกประวัติผู้เกษียณอายุราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อ.....สกุล.....

อายุปีเดือน

ตำแหน่ง

ประวัติการศึกษา

.....

.....

.....

.....

สถานที่ปฏิบัติงาน

วัน / เดือน / ปีเกิด

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า

จำนวนบุตร คน ได้แก่

๑.

๒.

ผลงาน / กิจกรรมที่ภาคภูมิใจ

.....

.....

.....

.....

รางวัลที่ได้รับ

.....

.....

.....

.....

พร้อมแนบ file รูปภาพ ประมาณ ๕ - ๑๐ รูป

ส่งมาที่ e-mail : office@bcnc.ac.th

(โปรดส่งกลับภายในวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๙)