



แบบตอบรับการอบรม

หลักสูตรพัฒนาสมรรถนะรองผู้อำนวยการวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก รุ่นที่ ๓
วันที่ ๒ - ๔ สิงหาคม ๒๕๖๐

ณ ห้องประชุมฝ้ายคำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง (วิทยาเขตลำปาง)
อ.เมือง จ.ลำปาง ๕๒๐๐๐

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

๒. ตำแหน่ง.....ระดับ.....

๓. สถานที่ปฏิบัติงาน.....

โทรศัพท์สำนักงาน.....โทรสาร.....มือถือ.....

โทรศัพท์มือถือ.....Line.....

Email.....Face Book.....

๔. สามารถเข้าร่วมการอบรมหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะรองผู้อำนวยการวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
รุ่นที่ ๓ ประจำปี ๒๕๖๐

☐ สามารถเข้าร่วมการอบรมได้

☐ ไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้

๕. ชนิดของอาหารที่รับประทาน

☐ ธรรมดา

☐ มังสวิรัติ

☐ งดเนื้อ

☐ เจ

☐ งดหมู

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๖. การเดินทางมาถึงวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

☐ รถไฟ

วันที่เดินทางมาถึง.....

เวลา.....

☐ รถประจำทาง

วันที่เดินทางมาถึง.....

เวลา.....

☐ รถยนต์ส่วนตัว

วันที่เดินทางมาถึง.....

เวลา.....

☐ เครื่องบิน(สนามบินลำปาง) เที่ยวบินที่.....

วันที่เดินทางมาถึง.....

เวลา.....



☐ ประสงค์ให้วิทยาลัยฯ จัดรถไปรับ

☐ ไม่ประสงค์ให้วิทยาลัยฯ จัดรถไปรับ

๗. การสำรองห้องพัก : ท่านสามารถเข้าพักได้ที่ โรงแรมเวียงลคร

*** วิทยาลัยฯ จัดรถรับ-ส่งจาก โรงแรมเวียงลคร ไป-กลับ สถานที่จัดอบรม ทุกวัน**

๘. หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อได้ที่

๑. รท.หญิงฉวีวรรณ จิตต์สาคร โทร ๐๙๐-๘๙๓-๑๐๙๒

๒. อาจารย์เยาวลักษณ์ ครองขวัญ โทร ๐๘๗-๙๘๗-๖๙๒๒

๓. คุณพัชรี เกตุเทศ

โทร ๐๙๔-๗๕๑-๕๑๔๔

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๔-๒๒๖-๒๕๔ ต่อ ๑๔๑

หมายเหตุ

กรุณาส่งแบบยืนยันการเข้ารับการอบรม กลับมาที่..... วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

เลขที่ ๒๘๒ ถนนพหลโยธิน อ.เมือง จ.ลำปาง ๕๒๐๐๐ ภายในวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ทางโทรสารหมายเลข ๐-๕๔๒๒-๕๐๒๐ ต่อ ๑๔๑ Email address : 191patchar@gmail.com