



แบบตอบรับการเข้าร่วม
โครงการพัฒนาศักยภาพครูมืออาชีพด้านการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อรองรับระบบสุขภาพ
เครือข่ายวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิทยาลัย.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail :

ขอส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมดังนี้

- | | |
|--------|--------------|
| 1..... | ตำแหน่ง..... |
| 2..... | ตำแหน่ง..... |
| 3..... | ตำแหน่ง..... |
| 4..... | ตำแหน่ง..... |
| 5..... | ตำแหน่ง..... |
| 6..... | ตำแหน่ง..... |
| 7..... | ตำแหน่ง..... |
| 8..... | ตำแหน่ง..... |

หมายเหตุ โปรดส่งใบตอบรับกลับคืนภายในวันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๐ มายัง นางสาวศุภลักษณ์ บุญสิทธิ์

E-mail: sukonrat_11@hotmail.com เบอร์ โทรศัพท์ ๐๔๔-๓๗๕๒๑๒๑ เบอร์โทรศัพท์ ๐๔๓-๔๒๓๒๑๐-๑๑ ต่อ ๑๒๑๐ เบอร์โทรสาร ๐๔๓-๔๒๓๒๑๒