



ที่ สธ ๐๒๑๓.๐๘๖/๕๖๘

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี ๑๘๗ หมู่ ๓
ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๑๙๐

๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๑

เรื่อง เชิญประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดโครงการ จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบตอบรับการเข้าร่วมโครงการ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับมอบหมายให้จัดโครงการ
การประกันคุณภาพการศึกษา เครือข่ายวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
เพื่อเป็นการสร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือทางด้านประกันคุณภาพการศึกษาระหว่างอาจารย์และบุคลากร
หน่วยงานและสถาบันการศึกษาในเครือข่ายฯ นั้น

ในการนี้ วิทยาลัยฯ จึงใคร่ขอเรียนเชิญอาจารย์และบุคลากรผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานของท่าน
เข้าร่วมโครงการดังกล่าว ระหว่างวันที่ ๒๖-๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๑ ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด
อุบลราชธานี ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถเบิกค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก และค่าพาหนะจากต้นสังกัด รายละเอียดตั้ง
สิ่งที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอรรณพ สนิธิไชย)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มงานวิชาการ งานประกันคุณภาพการศึกษา

โทร ๐ ๔๕๒๑ ๐๒๗๐ - ๗๑

โทรสาร ๐ ๔๕๒๑ ๐๒๓๘

www.scphub.ac.th

แบบตอบรับ

การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “โครงการพัฒนางานประกันคุณภาพการศึกษา

เครือข่ายวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ระหว่างวันที่ ๒๖-๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๑ ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

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

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail

๒. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail

๓. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail

๔. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail

๕. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

ข้อจำกัดอาหาร ☐ อาหารทั่วไป ☐ อาหารอิสลาม ☐ อื่น ๆ ระบุ

กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑

งานประกันคุณภาพการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

โทรศัพท์ : ๐๔๕๒๑ ๐๒๓/๐ โทรสาร : ๐ ๔๕๒๑ ๐๒๓/๘