

แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการอบรมผู้ประเมินประกันคุณภาพการศึกษา

ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

ณ ห้องประชุมอุบลรัตน์ โพธิ์พัฒนชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี

วิทยาลัย.....

๑.ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

๒.ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

๓.ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

๔.ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

๕.ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

๖.ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

๗.ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

๘.ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

๙.ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

๑๐.ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

ศาสนาอิสลาม จำนวน.....คน

ศาสนาพุทธ จำนวน.....คน

หมายเหตุ :

๑. เบิกค่าลงทะเบียน ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่ายานพาหนะและค่าที่พัก
จากงบประมาณต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงการคลัง

๒. ขอให้ส่งแบบตอบรับเข้าร่วมโครงการ ภายในวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒