

**แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม**

 **เพื่อรับฟังการชี้แจงการดำเนินงานโครงการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น**

**วันเสาร์ที่ 22 สิงหาคม พ.ศ.2563 เวลา 12.00 – 15.00 น.**

**ห้องประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี**

 **อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี**

**การเข้าร่วมประชุม**

 **สามารถเข้าร่วมประชุมได้**

 **ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้**

**ชื่อ – นามสกุล…………………………………………………....................................................................................**

**ชื่อคลินิก ....................................................................................................................................................**

**เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.......................................... โทรสาร (ถ้ามี) ............................................**

**E-mail Address…………………………………………………………………………………………………………………………**

**ประเภทอาหาร :  ทั่วไป  อิสลาม  มังสวิรัติ  อื่นๆ........................ (ระบุ)**

**กรุณากรอกแบบตอบรับมาที่ : สภาการพยาบาล อาคารนครินทรศรี**

**ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000**

**ทางโทรสาร 02- 951 0149 หรือ E-mail : kunthanun76@gmail.com**

**ภายในวันพฤหัสบดีที่ 20 สิงหาคม 2563**