

**แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม**

 **เพื่อรับฟังการชี้แจงการดำเนินงานโครงการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น**

**วันพฤหัสบดีที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ.2563 เวลา 10.00 – 13.00 น.**

**ห้องประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฎสุราษฎร์ธานี**

**อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี**

**การเข้าร่วมประชุม**

 **สามารถเข้าร่วมประชุมได้**

 **ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้**

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

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

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

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

**กรุณากรอกแบบตอบรับมาที่ : สภาการพยาบาล อาคารนครินทรศรี**

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

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

**ภายในวันจันทร์ที่ 27 กรกฎาคม 2563**