



ใบสมัครทุน ประจำปี 2563

“ทุนการศึกษาและวิจัยการดูแลภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล”

โปรดพิมพ์ / เขียนตัวบรรจง

ชื่อ-สกุล

สมาชิกสมาคมผู้ดูแลอาหารแห่งประเทศไทย.....

ตำแหน่ง.....วุฒิการศึกษา.....

สถานที่ทำงานโรงพยาบาล.....จำนวนเตียง.....

ที่อยู่/ที่ทำงาน.....เลขที่.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร.....E- Mail.....

ทีมโภชนบำบัดประกอบด้วย

1. ชื่อ-สกุล.....
วิชาชีพ.....
2. ชื่อ-สกุล.....
วิชาชีพ.....
3. ชื่อ-สกุล.....
วิชาชีพ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครขอรับทุนดังกล่าวและขอรับรองว่าข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของโครงการฯ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการและยอมรับว่าผลการตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นข้อยุติ

ส่งใบสมัครมาที่:

สมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย
1845/11 ซอยบริรักษ์ ถนนพหลโยธิน แขวงลาดยาว
เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

หมายเหตุ: ไม่รับใบสมัครทาง E-mail

หมดเขตส่งใบสมัครและโครงการวิจัย ภายในวันที่ 31 พฤษภาคม 2563