ใบสมัครทุน ประจำปี 2564 - 2565
“การพัฒนาองค์ความรู้ การดูแลด้านโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล”

โปรดพิมพ์ / เขียนตัวบรรจง

ชื่อ-สกุล ……………………………………………………………………………………………………
สมาชิกสามัญตลอดชีพสมาคมฯเลขที่...(ถ้าไม่ทราบติดต่อมาที่สมาคมฯ)
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

ส่งใบสมัคร มาที่ **E-mail: thaidietetics@gmail.com**

หมดเขตส่งใบสมัครและโครงการวิจัย ภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2564