



## ใบสมัคร

“โครงการ Glycemic Guardians Program” ประจำปี 2564-2565

ทีมสหสาขาวิชาชีพ

### โปรดพิมพ์ / เขียนตัวบรรจง

ชื่อ-สกุล .....

สมาชิกสมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทยเลขที่.....(ถ้าไม่ทราบติดต่อมาที่สมาคมฯ)

ตำแหน่ง.....วุฒิการศึกษา.....

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

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

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร.....E- mail.....

### ทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย

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

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครขอรับทุนดังกล่าวและขอรับรองว่าข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของโครงการฯ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการและยอมรับว่าผลการตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นข้อยุติ

ส่งใบสมัคร มาที่ **E-mail: [thaidietetics@gmail.com](mailto:thaidietetics@gmail.com)**

**หมดเขตส่งใบสมัครและโครงการวิจัย ภายในวันที่ 15 มีนาคม 2565**

ผู้ประสานงาน

สมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย

นางสาวจันทร์สุดา จันทร์แย้ โทรศัพท์ 080-338-7443