



ใบสมัครทุน

Muscle and Malnutrition Care Initiative

ประจำปี 2565-2566

โปรดพิมพ์ / เขียนตัวบรรจง

ชื่อ-สกุล.....
สมาชิกสมาคมฯตลอดชีพสมาคมฯเลขที่..... (ถ้าไม่ทราบติดต่อมาที่สมาคมฯ)
ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงานโรงพยาบาล..... จำนวนเตียง.....
ที่อยู่/ที่ทำงาน..... เลขที่..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....
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 31 สิงหาคม 2565