

กรุงเทพฯ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๑
รับเลขที่ 833
วันที่ 11 มี.ย. 2561
เวลา 10.10



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่ 3370
วันที่ 11 มี.ย. 2561
เวลา 09-27

ที่ ศธ 0512.38/0336

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาฯ 62
พญาไท ปทุมวัน กทม.10330

๒๕ มีนาคม 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการฯ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผ่นพับโครงการอบรม

ด้วย วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การสร้างเครื่องมือการวิจัย” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมเข้าใจวิธีการสร้างเครื่องมือ สำหรับการวิจัย สามารถสร้างเครื่องมือได้อย่างถูกต้อง และนำความรู้ไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการสร้าง เครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

ระยะเวลาอบรม 2 วัน ระหว่างวันที่ 16 - 17 กรกฎาคม 2561 ณ ห้องประชุม 322 อาคารสถาบัน 2 ชั้น 3 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

ในการนี้ วิทยาลัยฯ จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมการอบรม เชิงปฏิบัติการฯ ดังกล่าว และโปรดประชาสัมพันธ์แก่ผู้สนใจ พร้อมนี้ได้แนบแผ่นพับรายละเอียดมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

เพื่อโปรดทราบ

เห็นควร...
.....
.....

ศุภรัตน์ วงษ์ยศ

นักวิชาการสาธารณสุข

11 มี.ย. 2561

ผู้ประสานงาน

นางฉวีวรรณ ดีเลิศยืนยง E-mail: natawan.d@chula.ac.th

โทร 02-2188190, โทรสาร 02-2188195

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. สติกร ฟังค์พานิช)

คณบดีวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

(นายสุชิน คินทร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

๑.



ใบสมัคร

ชื่อ - นามสกุล

สถานที่ติดต่อ

รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์

โทรสาร

E-mail (โปรดเขียนชัดเจน)

ข้าพเจ้าขอลงทะเบียนเข้าร่วมการอบรมฯ ดังนี้

- โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การสร้างเครื่องมือการวิจัย จำนวนเงิน 4,000 บาท
 - อบรมตั้งสำนักงาน. จุฬาฯ ในนาม **บ.ส.อรุณี** เสียขอระบุ
 - โอนเงินเข้าบัญชี "วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข - อบรม ประชุม" ธนาคาร ไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาสามสแควร์ หมายเลขบัญชี 038-438692-4 เมื่อวันที่
- พร้อมทั้งได้โทรสารหลักฐานการโอนเงิน (ใบนำฝาก) มาพร้อมนี้แล้ว (โปรดเขียนระบุชื่อผู้สมัครลง บนใบนำฝาก)

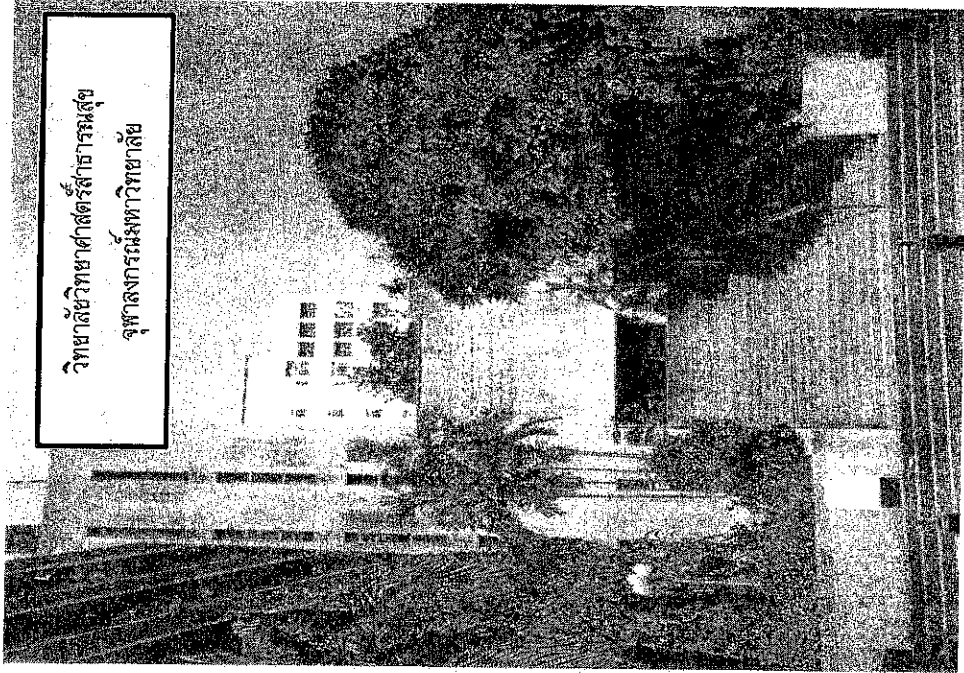


ลงชื่อ...../...../.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ,

1. ขอความกรุณาจองที่นั่งโดยส่งใบสมัคร พร้อมส่ง ธนาคาร หรือโอนเงินเข้าบัญชี ตามที่แจ้งไว้ เพื่อความสะดวกผู้จัดซื้อไม่รับชำระค่าลงทะเบียนในวันจัดอบรม
2. คณะผู้จัดดำเนินการ สอนสิทธิไม่มีค่านายหน้าลงทะเบียนที่ชำระเป็นผู้ใช้เข้ารับ อบรมแล้ว ด้วยได้เตรียมการ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตามยอดผู้ลงทะเบียน ซึ่งชำระ ค่าลงทะเบียน



วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

■ ห้องประชุม 322 ชั้น 3 อาคารสภาน้ำ 2

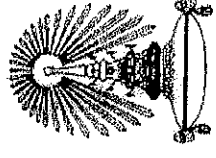
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

■ แผนที่สถานที่อบรมดูได้ที่ www.cphs.chula.ac.th

ติดต่อ

◆ อาคารวิทยกิจดี (เข้าทางสภาน้ำสแควร์)



วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอเชิญบุคลากรทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุข นักวิจัย
นักวิชาการ อาจารย์ ตลอดจนบุคคลทั่วไป

ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ



เรื่อง

การสร้างเครื่องมือการวิจัย

วันที่ 16 - 17 กรกฎาคม 2561

โทรศัพท์ 0 2278 8190

โทรสาร 0 2278 8195

E-mail: natawan.d@chula.ac.th

