



ใบสมัคร
กรรมการสมาคมผู้กำหนดอาหารแห่งประเทศไทย
ประจำปี 2560 - 2562

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส).....อายุ ปี

วุฒิการศึกษา

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาล.....

ตำแหน่ง

ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่..... หมู่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร..... E-mail.....

หน้าที่ความรับผิดชอบในปัจจุบัน

ประสบการณ์การทำงานด้านโภชนาการในโรงพยาบาล

ท่านมีความคิด/แนวทางในการช่วยกิจกรรมของสมาคมฯอย่างไรบ้าง

ลงชื่อ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....