



## ใบสมัคร

### ทุน ทุนส่งเสริมการดูแลด้านโภชนบำบัดในผู้ป่วยระยะล้างไตปีที่ 2 (Enhancing Nutritional Support in Dialysis Patients Award Year 2) ประจำปี 2567

#### โปรดพิมพ์ / เขียนตัวบรรจง

ชื่อ-สกุล .....  
สมาชิกสมาคมผู้ดูแลวิชาชีพสมาคมฯเลขที่.....(ตรวจสอบได้ที่เว็บไซต์สมาคมฯ)  
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)**

**หมดเขตส่งใบสมัคร ภายในวันที่ 30 สิงหาคม 2567**

#### ผู้ประสานงาน

สมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย

นางสาวจันทร์สุดา จันทร์แย้ โทรศัพท์ 080-338-7443, 02-939-7782

[www.thaidietetics.org](http://www.thaidietetics.org)