

แบบตอบรับ
การประชุมคณะอนุกรรมการจัดร่างทำยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐

ในวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๔.๐๐ น.
ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๒ อาคาร ๑ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สังกัดหน่วยงาน กระทรวง/กรม.....

อนุกรรมการชื่อ - สกุล

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

โทร..... มือถือ

โทรสาร E-Mail.....

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับไปยังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ภายในวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๐
ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๕๙๐ ๒๓๕๕
ผู้ประสานงาน กลุ่มวิชาการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน : นางสาวนิลุบล คุณวัฒน์
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๓๗๗ มือถือ ๐๘ ๑๓๕๒ ๖๕๙๕
Email : spd.academic61@gmail.com

*กรุณานำหนังสือมอบหมายเข้าร่วมประชุมมาเพื่อเป็นหลักฐานการเงินรับเบี้ยประชุม