

แบบตอบรับเข้าร่วมอบรมโครงการศึกษาพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ Unit Cost สำหรับหน่วยบริการ ระยะที่ 2

ในระหว่างวันที่ 17 - 21 ธันวาคม 2555

ณ โรงแรมเดอะทวิน ทาวเวอร์ กรุงเทพมหานคร

เขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่.....

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง	ชื่อหน่วยงานต้นสังกัด	จังหวัด	เบอร์โทรศัพท์
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

หมายเหตุ

- โปรดส่งแบบตอบรับการเข้าร่วมอบรมฯ มายังกลุ่มประกันสุขภาพ ภายในวันที่ 11 ธันวาคม 2555 ทาง E-mail : higmoph@gmail.com หรือ โทรสาร 0-2590-1568 สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่โทรศัพท์ 0-2590-1575 , 0-2590-2416
- จอห์นงพักด้วยตนเอง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก เบิกจากต้นสังกัด
- สิ่งที่ต้องเตรียมมาในวันอบรม : Notebook และสายปลั๊กพ่วง