**แบบลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมวิชาการ**

**เรื่อง บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด : Awareness And Quality Control**

**ณ ห้องประชุมใหม่ ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอก ๖๐ ปี โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

**วันเสาร์ที่ ๕ กันยายน ๒๕๕๘**

โรงพยาบาล....................................................จังหวัด.......................โทรศัพท์......................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อ - สกุล** | **ตำแหน่ง** | **โรงพยาบาล** | **เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ** | **โทรศัพท์** | **ประเภทอาหาร** | | |
| ธรรมดา | มังสวิรัติ | อิสลาม |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**แบบลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมวิชาการ**

**เรื่อง บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด : Awareness And Quality Control**

**ณ ห้องประชุมใหม่ ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอก ๖๐ ปี โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

**วันเสาร์ที่ ๕ กันยายน ๒๕๕๘**

โรงพยาบาล....................................................จังหวัด.......................โทรศัพท์......................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อ - สกุล** | **ตำแหน่ง** | **โรงพยาบาล** | **เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ** | **โทรศัพท์** | **ประเภทอาหาร** | | |
| ธรรมดา | มังสวิรัติ | อิสลาม |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |