

แบบฟอร์มแสดงความจำนงเพื่อขอรับทุนต้นสังกัดทันตแพทย์ประจำบ้านปี 2566

เขตสุขภาพที่ 1

ชื่อ- สกุล ผู้สมัคร

เลขประจำตัวประชาชน..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

โรงพยาบาลที่ทำงานปัจจุบัน จังหวัด

วันเดือนปีที่เริ่มรับราชการ

จบการศึกษาจาก

Email address

สาขาที่สมัครรับต้นสังกัด

.....

ลำดับที่เลือก

ลำดับที่ 1 เขตสุขภาพที่ โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

ลำดับที่ 2 เขตสุขภาพที่ โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

หมายเหตุ

- สามารถเลือกต้นสังกัดได้ 2 แห่ง
- กรุณาตรวจสอบความถูกต้องแล้วลงนาม สแกนส่ง email healthregion1.chro2@gmail.com และรอการตอบกลับ หรือ ประสานผู้ประสานงานเขต 1 นางสาวสายพิรุณ กิจธเนศ นักรัพยากรบุคคล สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 โทร 08 4740 3213

ลงนาม.....ผู้สมัคร

(.....)