

ใบแจ้งความจำนงเบิกค่าจัดทำโปสเตอร์นำเสนอผลงานวิจัย

ชื่อผู้นำเสนอผลงาน.....นามสกุล.....

พยาบาล แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด แพทย์

โทรศัพท์..... E-mail.....

หน่วยงาน/แผนก.....

ชื่อผลงานวิจัย

ภาษาไทย.....

ภาษาอังกฤษ.....

สถานที่นำเสนอ

ชื่องาน.....

วันที่นำเสนอผลงาน.....

สถานที่นำเสนอผลงาน.....

ทั้งนี้ ได้แนบสำเนาใบตอบรับเข้าร่วมนำเสนอผลงานวิจัย จำนวน 1 ฉบับ มาด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ

1. สามารถเบิกค่าจัดทำโปสเตอร์นำเสนอผลงานวิจัยสูงสุด 1,500 บาท
2. ส่งเอกสารได้ที่ ห้อง 302 ชั้น 3 อาคารศูนย์พัฒนางานวิจัย หรือ E-mail : kidneypmk2015@gmail.com