

แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม
เตรียมความพร้อมการจัดบริการฝังเข็มรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู
ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Zoom meeting)
วันพุธที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๐๐-๑๔.๐๐ น.
ณ ห้องประชุม ๒ อาคาร ๑ ชั้น ๒
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดนนทบุรี

.....

หน่วยงาน.....

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)สกุล.....

ตำแหน่ง.....ฝ่าย/กลุ่ม/งาน.....

โทรศัพท์.....ID Line:.....

E-mail.....

กรุณาตอบกลับแบบตอบรับ : ภายในวันจันทร์ที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๓
สถาบันการแพทย์ไทย-จีน อาคาร ๒ ชั้น ๕ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
E-mail address: thaichinesemedicine@gmail.com

ขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ : โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๗๖