

แบบฟอร์มการส่งชื่อสถานที่อบรม สำหรับหลักสูตร ๒  
 อบรม ณ ศูนย์หมอดินอาสา  
 โครงการอบรมหมอดินอาสา ๔.๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

สพข. .... สพด. ....

ที่	ชื่อ - นามสกุล หมอดินอาสา	ตำแหน่ง	ชื่อที่อยู่ศูนย์ฯ/สถานที่อบรม/ ความเชี่ยวชาญ	เบอร์โทรศัพท์	ชื่อ - นามสกุล เจ้าหน้าที่ พด. ที่รับผิดชอบ หมอดินอาสา	ตำแหน่ง	เบอร์โทรศัพท์