

ลำดับที่.....

วัน/เดือน/ปี ที่สมัคร.....

แบบฟอร์มใบสมัคร

เครือข่ายมิตรภาพบำบัดรามาริบัติ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อกลุ่ม/ชมรม.....

ผู้ประสานงาน.....

เบอร์ติดต่อ.....

สถานที่ติดต่อ(CLT/หน่วยงาน).....

วัตถุประสงค์ของกลุ่ม/ชมรม

.....
.....
.....

กลุ่มเป้าหมาย

จำนวนสมาชิก (คน).....

ส่งใบสมัครได้ที่ ศูนย์เสริมพลังสร้างสุขภาพ ชั้น 1 อาคารบริหาร หรือ โทรสาร 2653

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม งานสร้างเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 2652