

ใบสมัครเข้าร่วมอบรม
หลักสูตรอบรมการวิเคราะห์จีโนมโรคหายากทางคลินิก
Rare and Undiagnosed Disease Genome Interpretation
ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านเวชพันธุศาสตร์และการแพทย์แม่นยำ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(Excellence Center for Genomics and Precision Medicine)

คำแนะนำ

1. กรอกใบสมัครเข้าร่วมการอบรมด้วยลายมือบรรจงหรือพิมพ์ (พร้อมลงนามกำกับ)
2. สแกนใบสมัครเข้าร่วมโครงการอบรมฯ พร้อมแนบ CV และส่งมายัง
email: genetics.md.chula@gmail.com
3. กรณีหากท่านมีข้อสงสัยหรือประสงค์จะสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อได้ที่
สอบถามรายละเอียดติดต่อ 02-256-4000 ต่อ 3354, 082-282-2179

ผู้สมัคร

คำนำหน้าชื่อ นาย นาง นางสาว อื่นๆ โปรดระบุ _____

ชื่อ _____ นามสกุล _____ ชื่อเล่น _____

ชื่อตำแหน่ง (ภาษาไทย) _____

ชื่อหน่วยงาน (ภาษาไทย) _____

ท่านได้รับมอบหมายให้มาอบรมโดยต้นสังกัด ใช่ ไม่

ต้นสังกัดคือ _____

ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น ชื่อ _____

ลายเซ็น _____

(.....)

ลงวันที่/...../.....

หลังจากฝึกอบรม ภาระงานที่ท่านได้รับมอบหมายให้กลับไปรับผิดชอบคือ _____

วัน/เดือน/ปี/เกิด _____

โทรศัพท์หน่วยงาน _____ ต่อ _____ โทรศัพท์มือถือ _____

อีเมลที่ท่านใช้เป็นประจำ _____

อีเมลของท่านที่ออกโดยหน่วยงานต้นสังกัด _____

ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

ปริญญาเอก คณะ/สาขาวิชา _____

ปริญญาโท คณะ/สาขาวิชา _____

ปริญญาตรี คณะ/สาขาวิชา _____

อื่นๆ โปรดระบุ คณะ/สาขาวิชา _____

โปรดระบุหน้าที่ความรับผิดชอบของท่านโดยสังเขป

ความคาดหวัง หรือหัวข้อการอบรม ที่ท่านประสงค์จะได้รับความรู้ และความเข้าใจเพิ่มเติม หรือประสงค์
ได้รับการสนับสนุนในเรื่องวิชาการ เพื่อการปฏิบัติงานของท่าน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะสมัครเข้าร่วมอบรม หลักสูตรอบรมการวิเคราะห์จีโนมโรคหายากทางคลินิก (Rare and Undiagnosed Disease Genome Interpretation) และขอรับรองว่าข้อมูลที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง และถ้าได้รับการคัดเลือกเข้ารับการอบรม ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับการฝึกอบรม และร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้ตลอดหลักสูตร และจะปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของหลักสูตรทุกประการ

ลงนามผู้เข้าอบรม _____

(_____)

วันที่สมัคร _____