

ใบสมัครเข้าร่วมอบรม

หลักสูตรอบรมนักวิทยาศาสตร์วิเคราะห์จีโนมโรคหายากทางคลินิก

“Clinical Rare Disease Genome Interpretation Scientist” Training Course

ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านเวชพันธุศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านจีโนมิกส์และการแพทย์แม่นยำ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

คำแนะนำ

1. กรอกใบสมัครเข้าร่วมการอบรมด้วยลายมือบรรจงหรือพิมพ์ (พร้อมลงนามกำกับ)
2. สแกนใบสมัครเข้าร่วมโครงการอบรมฯ พร้อมแนบ CV และส่งมายัง
email: genomics.cu@chula.ac.th
3. กรณีหากท่านมีข้อสงสัยหรือประสงค์จะสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อได้ที่
สอบถามรายละเอียดติดต่อ 02-256-4000 ต่อ 73106

ผู้สมัคร

คำนำหน้าชื่อ นาย นาง นางสาว อื่นๆ โปรดระบุ _____

ชื่อ _____ นามสกุล _____ ชื่อเล่น _____

ชื่อตำแหน่ง (ภาษาไทย) _____

ชื่อหน่วยงาน (ภาษาไทย) _____

ท่านได้รับมอบหมายให้มาอบรมโดยต้นสังกัด ใช่ ไม่

หน่วยงานต้นสังกัด _____

ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (ชื่อ) _____

ลายเซ็นผู้บังคับบัญชา

(_____)

วันที่ _____

ข้อมูลส่วนตัว

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

หลังจากฝึกอบรม ภาระงานที่ท่านได้รับมอบหมายให้กลับไปรับผิดชอบคือ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะสมัครเข้าร่วมอบรม หลักสูตรอบรมนักวิทยาศาสตร์วิเคราะห์จีโนมโรคหายากทางคลินิก “Clinical Rare Disease Genome Interpretation Scientist” Training Course และขอรับรองว่าข้อมูลที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง และถ้าได้รับการคัดเลือกเข้ารับการอบรม ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับการฝึกอบรม และร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตลอดหลักสูตร และจะปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของหลักสูตรทุกประการ

ลงนามผู้เข้าอบรม _____

(_____)

วันที่สมัคร _____