# แบบตอบรับการเข้าร่วมอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพนักวิจัย ครั้งที่ 2

# วันที่ 4-5 มีนาคม 2562 ณ โรงแรมเมืองลิกอร์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**1. รายละเอียดโครงการ**

1.1 ชื่อโครงการ..........................................................................................................................................................................

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

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

1.2 ชื่อหัวหน้าโครงการ ...................................................................................................................................

หน่วยงานต้นสังกัด............................................................................................................................................

**2. ผู้เข้าร่วมการอบรม\*\*\***

2.1 ผู้เข้าร่วมคนที่ 1

ชื่อ ....................................................................................................................................................................

หน่วยงานต้นสังกัด............................................................................................................................................

E-mail: ………………………………………………………………… เบอร์โทรศัพท์...........................................................

2.2 ผู้เข้าร่วมคนที่ 2

ชื่อ ....................................................................................................................................................................

หน่วยงานต้นสังกัด............................................................................................................................................

E-mail: ………………………………………………………………… เบอร์โทรศัพท์...........................................................

**\*\*\* หมายเหตุ**

ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถเข้าร่วมได้ไม่เกิน 2 ท่าน/โครงการ

ส่งแบบตอบรับมาที่: สถาบันวิจัยวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ 222 ตำบลไทยบุรี

อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160

หรือ E-mail: rihs.wu@gmail.com

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ 075-67-2600, 093-7949282