

แบบตอบรับเข้าร่วมอบรม

เรื่อง อบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการเกี่ยวกับแนวทางการจัดเตรียมเอกสารการยื่นคำขอขึ้นทะเบียน
ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ ในรูปแบบ Full CSDT สำหรับเครื่องมือแพทย์ประเภท General medical device
ในวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๗.๐๐ น.
ณ โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี

✪ โปรดกรอกข้อมูลด้วยการพิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจงให้ครบถ้วน ถูกต้อง และชัดเจน ✪
โปรดตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์ก่อนเข้ารับการอบรม

ชื่อบริษัท.....

ที่อยู่.....

มีความประสงค์ส่งผู้เข้าร่วมอบรม จำนวน ๑ - ๒ คน ดังนี้

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

เบอร์โทร.....

E-mail.....

๒. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

เบอร์โทร.....

E-mail.....

ลงชื่อ.....
(.....)

หมายเหตุ ๑. ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการอบรม

๒. กรุณาส่งแบบตอบรับเข้าร่วมอบรม ภายในวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๘

ทาง E-mail: esubmdcd@gmail.com

๓. เนื่องจากที่นั่งมีจำนวนจำกัด อาจปิดรับก่อนกำหนดหากมีผู้สนใจเข้าร่วมอบรมเกินจำนวน ทางผู้จัดขอพิจารณาให้สิทธิ์ผู้ที่ส่ง
แบบตอบรับเข้าร่วมอบรมก่อน โดยตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าร่วมการอบรมในวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๙
บนเว็บไซต์กองควบคุมเครื่องมือแพทย์

๔. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร ๐ ๒๕๙๐ ๗๐๔๕ หรือ E-mail esubmdcd@gmail.com

✪ ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ✪