

ที่ นศ ๐๐๓๓.๐๐๙/๖ สว๑๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนเทวบุรี นศ ๘๐๐๐๐

๒๘๗ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความร่วมมือแจ้งให้ศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ที่ปฏิบัติในหน่วยงาน
สังกัดของท่านตอบแบบสำรวจข้อมูลศิษย์เก่าวิทยาลัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
และสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ที่ สธ ๑๑๐๓.๑๑/ว.๗๒๐
ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช จะจัดให้มีกิจกรรมวันสถาปนาวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช จึงขอความร่วมมือจากศิษย์เก่าวิทยาลัยฯ ตอบแบบสำรวจเพื่อ
รวบรวมข้อมูลศิษย์เก่าและเชิดชูเกียรติสถาบัน

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ขอให้ท่านแจ้งแก่บุคลากรใน
หน่วยงานของท่านที่เป็นศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตอบแบบสำรวจ ดังรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมา
ด้วย

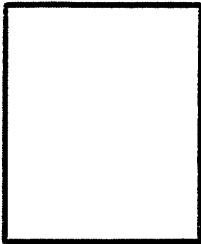
จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุทธิพงษ์ พยธัญพงศ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐ ๗๕๓ ๔๓๔๐ ๙-๑๐ ต่อ ๔๒๓
โทรสาร. ๐ ๗๕๓๔ ๓๔๐๗

Handwritten text in a rectangular box, possibly a title or header, including the word "Dokument".



แบบสำรวจข้อมูลศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

ขอความกรุณาทุกท่านกรอกข้อมูลจริงที่เป็นปัจจุบัน เพื่อสิทธิประโยชน์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ที่จะส่งและติดต่อกับศิษย์เก่าทุกท่าน

คำนำหน้าชื่อ นาง/นางสาว/นาย/อื่น ๆ

ชื่อ-สกุลรหัสนักศึกษา.....

ปีที่เข้าศึกษา.....ปีที่จบการศึกษา.....

หลักสูตร

.....

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน

ชื่อองค์กร/หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน (หอผู้ป่วย/แผนก).....

.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก.....

E-Mail.....FACEBOOK.....

I D LINE.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

ที่อยู่ปฏิบัติงาน

รูปถ่ายปัจจุบัน *ใช้รูปถ่าย ๑ นิ้ว