

แบบตอบรับ การประชุมวิชาการเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติด ๑๑ จังหวัดภาคใต้  
และติดตามการดำเนินงานของสถานพยาบาลเครือข่าย “มวลมหาประชาชน คนยาเสพติด”

ระหว่าง วันที่ ๑๗ - ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๗

ณ โรงแรมทรราชเจบี อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

\*\*\*\*\*

๑. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....  
 ไม่ต้องการพัก       ต้องการพัก เข้าพักวันที่..... ออกจากห้องพักวันที่.....
๒. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....  
 ไม่ต้องการพัก       ต้องการพัก เข้าพักวันที่..... ออกจากห้องพักวันที่.....
๓. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....  
 ไม่ต้องการพัก       ต้องการพัก เข้าพักวันที่..... ออกจากห้องพักวันที่.....
๔. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....  
 ไม่ต้องการพัก       ต้องการพัก เข้าพักวันที่..... ออกจากห้องพักวันที่.....
๕. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....  
 ไม่ต้องการพัก       ต้องการพัก เข้าพักวันที่..... ออกจากห้องพักวันที่.....
๖. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....  
 ไม่ต้องการพัก       ต้องการพัก เข้าพักวันที่..... ออกจากห้องพักวันที่.....
๗. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....  
 ไม่ต้องการพัก       ต้องการพัก เข้าพักวันที่..... ออกจากห้องพักวันที่.....
๘. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....  
 ไม่ต้องการพัก       ต้องการพัก เข้าพักวันที่..... ออกจากห้องพักวันที่.....
๙. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....  
 ไม่ต้องการพัก       ต้องการพัก เข้าพักวันที่..... ออกจากห้องพักวันที่.....
๑๐. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....  
 ไม่ต้องการพัก       ต้องการพัก เข้าพักวันที่..... ออกจากห้องพักวันที่.....

\*\*\*\*\*

กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมายังโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ภายในวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๗  
โทรศัพท์ ๐-๗๔๔๖-๘๓๙๕ / ๐-๗๔๔๖-๗๔๖๘ โทรสาร ๐-๗๔๔๖-๗๔๘๐