



## โครงการอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว”

### ความเห็นผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง .....

ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล/คลินิก .....

มีความเห็นว่า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

สมควรได้รับการสนับสนุนให้เข้าอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” เมื่ออบรมแล้วเสร็จ จะให้ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใน 30 วัน

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : แบบฟอร์มนี้ใน link ลงทะเบียนออนไลน์ [WWW.thaifammed.org/th](http://WWW.thaifammed.org/th) หรือ QR Code