

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่..... 9 พ.อ. 2553
วันที่..... 9 / 10 / 53
เวลา..... 9 - 00



ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๘๕/๓.๕/๖. ๖๕๕๓

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ตู้ ปณ.๑๗๔ ปทจ.ตรัง ๕๒๐๐๐

๒๖ ตุลาคม ๒๕๕๓

ฝ่ายพัฒนาบุคลากร
รับเลขที่..... ๒๕๕๓
วันที่..... ๙ / ๑๐ / ๕๓
เวลา.....

เรื่อง สำรวจข้อมูลศิษย์เก่า

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด...พระนครศรีอยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจข้อมูลศิษย์เก่าวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง จำนวน ๑๐ ฉบับ

ด้วยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรังจะจัดทำฐานข้อมูลศิษย์เก่าของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน เทคนิคเภสัชกรรม และทันตสาธารณสุข) และหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชกิจฉุกเฉิน ที่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่รุ่นที่ ๑ จนถึงรุ่นปัจจุบัน

ในการนี้ วิทยาลัยจึงขอความอนุเคราะห์ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่งแบบสำรวจข้อมูลศิษย์เก่าไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดของท่านเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ศิษย์เก่าของวิทยาลัย ตอบแบบสำรวจและส่งกลับมายังวิทยาลัย ที่กลุ่มงานทะเบียนและประเมินผลการศึกษา ตู้ ปณ.๑๗๔ ปทจ.ตรัง ๕๒๐๐๐ หรือสามารถ download แบบฟอร์มที่เว็บไซต์ <http://www.scphttrang.ac.th> และส่งกลับมายัง email address: anonae_na@hotmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายจิตติ นิสันต์)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
-ส่งไปโรงพยาบาล
-เก็บสมการไว้ กุณกิตินันต์ ประชาสัมพันธ์

กลุ่มงานทะเบียนและประเมินผลการศึกษา
๙ พ.ย. ๕๓
โทร. ๐-๗๕๒๖-๓๓๒๐ ต่อ ๑๑๔
โทรสาร ๐-๗๕๒๖-๓๓๒๔
Email address: anonae_na@hotmail.com

ขอ
แนว
๙ พ.ย. ๕๓

(นายสมชัย วิโรจน์แสงอรุณ)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๖๔. ๙. ๑๑. ๕๓

แบบฟอร์ม ประวัติศิษย์เก่า
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

๑. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี
สถานภาพ โสด สมรส หย่า หม้าย
อาชีพ รับราชการ ธุรกิจส่วนตัว (โปรดระบุ).....
 รัฐวิสาหกิจ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
ตำแหน่ง.....รายได้.....
สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ประเทศ.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์โทรสาร.....
ที่อยู่ที่เคยติดต่อได้.....บ้านเลขที่.....หมู่.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ประเทศ.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....
E-mail.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

๒. การศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ปีที่เข้าศึกษา พ.ศ.....หลักสูตร.....รุ่นที่.....
ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ.....

๓. การศึกษาสูงสุด

คณะ/สาขาวิชา.....สถาบันการศึกษา.....
ปีที่สำเร็จการศึกษา.....

๔. ปัจจุบันกำลังศึกษา

คณะ/สาขาวิชา.....สถาบันการศึกษา.....
ปีที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษา.....

๕. การได้รับรางวัลหรือเกียรติคุณยกย่อง/ผลงานเด่น

๖. การได้รับทุนซีเมนต์ไทย

() เคย พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....
() ไม่เคย พ.ศ.....

๗. การรับทุน กยศ.

() เคย พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....
() ไม่เคย พ.ศ.....