**แบบตอบรับการเป็นอาจารย์พิเศษ/วิทยากร/คณะกรรมการฯ**

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

เรื่อง/หัวข้อ/รายวิชา ..................................................................................................................................................

หมายเลขโทรศัพท์ ................................................................ หมายเลขโทรสาร.........................................................

E-mail ........................................................................................................................................................................

(โปรดทำเครื่องหมาย √ ในช่อง ที่ต้องการ)

 สามารถเข้าร่วมเป็นอาจารย์พิเศษ/วิทยากร/คณะกรรมการฯ ได้ ในวันที่ ....................................

 ไม่สามารถเข้าร่วมเป็นอาจารย์พิเศษ/วิทยากร/คณะกรรมการฯ ได้

 อื่น ๆ ............................................................................................

 ลงชื่อ ....................................................

 (.................................................................)

 วันที่ .......................................................

หมายเหตุ : ข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้ข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายค่าตอบแทนอาจารย์พิเศษ/

 วิทยากร/คณะกรรมการฯ ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โปรดส่งกลับมายัง : ภาควิชา/หน่วยงาน..............................................

 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

 447 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท

 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400