



สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
แบบฟอร์มยืนยันการเข้ารับการอบรม
สำหรับผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรม
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐

ชื่อ-สกุล (นาย / นาง / นางสาว).....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

โทรศัพท์ (บ้าน).....มือถือ.....

สถานที่ทำงาน.....

E-Mail.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์

- เข้ารับการอบรม
 ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ (โปรดระบุ)

เนื่องจาก.....

** รายงานตัวลงทะเบียนเข้ารับการอบรม ในวันจันทร์ที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๑ ตั้งแต่เวลา ๐๗.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมปลายฟ้า ชั้น ๒๓ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ พระรามหก กรุงเทพฯ
แต่งกายสุภาพเรียบร้อย

หมายเหตุ ผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรม กรุณาชำระค่าลงทะเบียน จำนวน ๔๕,๐๐๐ บาท โอนเข้าบัญชี
ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ ๐๒๖-๔๖๑๖๒๑-๑
บัญชีชื่อ นางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์ และ/หรือ นางศิริพร สวยพริ้ง และส่ง FAX
หรือE-Mail แบบฟอร์มยืนยันการเข้ารับการอบรม พร้อมหลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียน
มาที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ทางโทรสาร หมายเลข ๐-๒๖๔๔-๖๗๕๘
หรือ nursetraining.nci@gmail.com ภายในวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๑ มิฉะนั้นจะถือว่าท่านสละสิทธิ์

สำหรับติดไปโอนเงิน

ส่งกลับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ทางโทรสาร หมายเลข ๐-๒๖๔๔-๖๗๕๘ หรือ nursetraining.nci@gmail.com
โปรดระบุชื่อ-นามสกุล โรงพยาบาลและชื่อหลักสูตรให้ชัดเจน