



สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
แบบฟอร์มยืนยันการเข้ารับการอบรม
สำหรับผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม
หลักสูตรระยะสั้น สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (หลักสูตร ๑ เดือน)
ภาคทฤษฎีวันที่ ๑๔-๒๔ มกราคม ๒๕๖๒ ภาคปฏิบัติ ๒๕ มกราคม - ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒
ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพฯ

ชื่อ-สกุล (นาย / นาง / นางสาว).....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

โรงพยาบาล.....

โทรศัพท์ (มือถือ)..... E-Mail.....

มีความประสงค์

- เข้ารับการอบรม
 ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ (โปรดระบุ)

เนื่องจาก.....

** รายงานตัวลงทะเบียนเข้ารับการอบรม ในวันจันทร์ที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๒ ตั้งแต่เวลา ๐๗.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมโรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพฯ

** แต่งกายสุภาพเรียบร้อย

หมายเหตุ ผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม กรุณาชำระค่าลงทะเบียน จำนวน ๒๐,๐๐๐ บาท โอนเข้าบัญชี
โอนเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ ๐๒๖-๔๖๑๖๒๑-๑
บัญชีชื่อ นางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์ และ/หรือ นางศิริพร สวดยพริ้ง
ส่ง E-Mail แบบฟอร์มยืนยันการเข้ารับการอบรม พร้อมหลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียน
มาที่ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ nursetraining.nci@gmail.com
ภายในวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๒ มิฉะนั้นจะถือว่าท่านสละสิทธิ์

ออกใบเสร็จในนาม (โปรดระบุ).....

สำหรับติดใบโอนเงิน

ส่งกลับภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ทาง E-Mail nursetraining.nci@gmail.com
โปรดระบุชื่อ-นามสกุล โรงพยาบาลและชื่อหลักสูตรให้ชัดเจน