

แบบฟอร์มการลงทะเบียน

การอบรมระยะสั้น สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด(หลักสูตร 10 วัน) โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน

วันที่ 20-31 กรกฎาคม 2552

ณ ห้องประชุมสันตนาการ ชั้น 3 อาคารสันตนาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง

- นาง นางสาว นาย ชื่อ.....นามสกุล.....
- ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ
- มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปี
มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลการให้ยาเคมีบำบัด ระยะเวลา ปี
- เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ จากสภาการพยาบาล (เลข 10หลัก) _____
- เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล
- สถานที่ปฏิบัติงาน : โรงพยาบาลหน่วยที่ปฏิบัติงาน.....
เลขที่ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัดรหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
- พร้อมนี้ได้จัดส่งค่าลงทะเบียน จำนวน 7,000 บาท

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามธิบดี

ชื่อบัญชี นางสมจิตร ประภากร และ/หรือ นางดารุ้ง เทพสุวรรณ เลขที่บัญชี : 026 - 4 - 34739 -1

หมายเหตุ : กรุณานำแบบฟอร์มการลงทะเบียนตัวจริงมาในวันอบรมด้วย

ลงชื่อ(ผู้สมัคร)

วันที่.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

ขอรับรองว่า ตำแหน่ง

มีประสบการณ์การในการปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 ปี และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานการให้ยาเคมีบำบัด

ลงชื่อ

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

วันที่

กรุณา Fax แบบฟอร์มการลงทะเบียนและใบโอนเงินมาที่ คุณอรสา อัครวิชรางกูร / คุณสุภาภรณ์ วงศ์อนันท์
กลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โทรศัพท์/โทรสาร. 0 - 2354 - 7025 ต่อ 2602 , 0 - 2644 - 6758