

**ใบสมัครลงทะเบียน**  
**หลักสูตร”แนวทางการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง”(หลักสูตร10 วัน)**  
**ระหว่างวันที่ 5-16 กันยายน 2554**  
**ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ**



**กรุณารอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง**

1.  นาง  นางสาว  นาย  ยศ .....ชื่อ-นามสกุล.....
2. ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ.....
3. มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ .....ปี  
มีประสบการณ์ปฏิบัติงานการพยาบาลให้คำปรึกษา.....ปี
4. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ จากสภาการพยาบาล (เลข 10 หลัก) \_ \_ \_ \_ \_
5. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
6. สถานที่ปฏิบัติงาน : โรงพยาบาล.....หน่วยที่ปฏิบัติงาน.....  
เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
มือถือ.....
7. ส่ง Fax ใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนค่าลงทะเบียน จำนวน 5,000 บาท มาที่
  - นางสาวศิริพร ตาละชีพ ( 081-577-2597 )
  - นางอัญชลี สุขขัง ( 085-825-1115 )
  - นางสาวดารารวรรณ ไทยหอม  
กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
โทรศัพท์ / โทรสาร 0 2354 7030 ต่อ 2602,2605 หรือ 0 2644 6758โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี  
ชื่อบัญชี นางสมจิตร ประภากร และ/หรือ นางดาวรุ่ง เทพสุวรรณ เลขที่บัญชี : 026 – 434739 - 1
8. มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนาม.....

**หมายเหตุ** กรุณานำใบสมัครและใบโอนเงินตัวจริงมาขึ้นในวันลงทะเบียนด้วย

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)  
วันที่.....