



ใบสมัครโครงการอบรม

“สร้างแกนนำในการถ่ายทอดการดูแลและส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง”

ระหว่างวันที่ 12-14 กันยายน 2555

ณ โรงแรม เอ-วัน เดอะ รอยัล ครุส จังหวัดชลบุรี

ข้อมูลทั่วไป (กรุณาพิมพ์ / เขียนตัวบรรจง)

1. ชื่อ (นาย นาง นางสาว) นามสกุล
2. อายุปัจจุบัน ปี
3. การติดต่อ : โทรศัพท์ E-mail address :
4. เลขที่ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ (เลข 10 หลัก) _ _ _ _ _

ข้อมูลการศึกษา และการปฏิบัติงาน

5. การศึกษา (ที่ใช้ในการเริ่มปฏิบัติงาน) สาขา
- การศึกษาสูงสุด (ปัจจุบัน) สาขา
6. ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพ
 พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน โภชนาการ นักกำหนดอาหาร
 อื่น ๆ (ระบุ)
- ตำแหน่งทางบริหาร (ถ้ามี)
7. ปัจจุบันปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล / สถาบันหน่วยงานที่ปฏิบัติ.....
ที่อยู่เบอร์มือถือ.....
ประเภทผู้ป่วยที่ให้บริการ ศัลยกรรม รังสีรักษา เคมีบำบัด อื่น ๆ (ระบุ).....
8. ปฏิบัติงานพยาบาล รวม ปี ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคมะเร็งปี

ที่พัก

9. ที่พัก กรุณาส่งจองที่พักด้วยตนเอง ก่อนวันที่ 3 กันยายน 2555 ณ โรงแรม เอ-วัน เดอะ รอยัล ครุส
จังหวัดชลบุรี
E-mail : reservation@a-onehotel.com Tel. 0 2 718 1030-43 Fax . 0 2319 8230

ข้อมูลอื่น ๆ

10. อาหาร อิสลาม มังสวิรัติ ทั่วไป

หมายเหตุ : หากท่านที่สนใจต้องการหนังสือ “ แนวปฏิบัติทางโภชนาการในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ”

ขอให้ทำหนังสือจากหน่วยงานต้นสังกัด เรียนถึง ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มายื่นในวันลงทะเบียน และขอสงวนสิทธิ์
ที่จะจัดหนังสือให้เฉพาะผู้ที่มีหนังสือมาจากหน่วยงานต้นสังกัดเท่านั้น (สถานพยาบาลละ 1 เล่ม)

**** กรุณานำใบสมัคร ตัวจริง ไปแสดงที่โต๊ะลงทะเบียนด้วย (ฟรีค่าลงทะเบียน รับจำนวนจำกัด) ****

ติดต่อ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณวิลาวรรณ คูศิริไลส์ 086-375-0578 , คุณจรัญญา ทองวัน , คุณสุภาภรณ์ วงศ์อนันท์
กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ Tel. 02-354-7025-30 ต่อ 2602 , 2605 , Fax. 02-644-6758 และดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ www.nci.go.th

