



## ใบสมัครโครงการอบรม

สร้างแกนนำในการถ่ายทอดการดูแลและส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ระหว่างวันที่ 21-23 สิงหาคม 2556

ณ โรงแรมสวนบวกหาด ชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

### 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  โภชนากร  นักกำหนดอาหาร  
 อื่น ๆ (ระบุ) .....
- ตำแหน่งทางบริหาร (ถ้ามี) .....
7. ปัจจุบันปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล / สถาบัน .....หน่วยงานที่ปฏิบัติ.....  
ที่อยู่ .....เบอร์มือถือ.....  
ประเภทผู้ป่วยที่ให้บริการ  ศัลยกรรม  รังสีรักษา  เคมีบำบัด  อื่น ๆ (ระบุ).....
8. ปฏิบัติงานพยาบาล รวม ..... ปี ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง .....ปี

### ที่พัก

9. ที่พัก ..... กรุณาสำรองที่พักด้วยตนเอง ณ โรงแรมสวนบวกหาด ชะอำ จ.เพชรบุรี

### ข้อมูลอื่น ๆ

10. อาหาร  อิสลาม  มังสวิรัติ  ทั่วไป

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

ติดต่อ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ศูนย์วิชาการ คุณศิริไลส์ 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](http://www.nci.go.th)