



ฟอร์มใบสมัครเข้าร่วมโครงการอบรม

“การดูแลและจัดการผู้ป่วยมะเร็งในชุมชนหลังการรักษาอย่างเหมาะสมและส่งต่อ  
สำหรับบุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร”

ระหว่างวันที่ 26-27 กรกฎาคม 2555

ณ ห้องปรีณซ์บอลลูน 3 ชั้น 11 อาคาร 1 โรงแรมปรีณซ์พาเลส



ชื่อศูนย์บริการสาธารณสุข / หน่วยงาน

.....  
.....

**ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกตัวบรรจง)**

1. ชื่อ (  นาย  นาง  นางสาว ) .....

นามสกุล .....

อายุปัจจุบัน ..... ปี

การติดต่อ : โทรศัพท์ ..... E-mail address

.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์จากสภาการพยาบาล (เลข 10 หลัก) \_ \_ \_ \_ \_

\_ \_ \_ \_

ตำแหน่ง  พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ   
พยาบาลวิชาชีพชำนาญงาน

พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน  นักวิชาการสาธารณสุข  ตำแหน่งอื่น  
ๆ .....

ตำแหน่งทางบริหาร (ถ้ามี)

.....  
.....

**ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกตัวบรรจง)**

2. ชื่อ (  นาย  นาง  นางสาว ) .....

นามสกุล .....

อายุปัจจุบัน ..... ปี

การติดต่อ : โทรศัพท์ ..... E-mail address

: .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะจากสภาการพยาบาล (เลข 10 หลัก) \_ \_ \_ \_ \_

\_ \_ \_ \_ \_

ตำแหน่ง  พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ   
พยาบาลวิชาชีพชำนาญงาน

พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน  นักวิชาการสาธารณสุข  ตำแหน่งอื่น  
ๆ .....

ตำแหน่งทางบริหาร (ถ้ามี)

.....

.....

**ติดต่อ - สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่**

คุณอรสา อัครวัชรานุกร 081-6975007

คุณสุภาภรณ์ วงศ์อินทร์ 089-201-2879

กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ 02-354-7025 ต่อ 2602 , 2210 โทรสาร 02-644-6758

และดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ [www.nci.go.th](http://www.nci.go.th)