



ใบสมัครโครงการอบรม “สร้างแกนนำในการถ่ายทอดการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง  
ภายหลังรับการรักษา  
และผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ครั้งที่ 4”  
ระหว่างวันที่ 29 - 31 สิงหาคม 2555  
ณ จังหวัดกำแพงเพชร



**ข้อมูลทั่วไป (กรุณาพิมพ์ / เขียนตัวบรรจง เพื่อความชัดเจน)**

- ชื่อ ( นาย  นาง  นางสาว) ..... นามสกุล  
.....
- อายุปัจจุบัน ..... ปี
- การติดต่อ : โทรศัพท์ ..... E-mail address  
: .....
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์จากสภาการพยาบาล (เลข 10 หลัก) \_ \_ \_ \_ \_  
\_ \_ \_ \_ \_

**ข้อมูลการศึกษา และการปฏิบัติงาน**

- การศึกษา ที่ใช้ในการเริ่มปฏิบัติงาน ..... สาขา  
.....  
การศึกษาสูงสุด (ปัจจุบัน) ..... สาขา  
.....
- ตำแหน่ง  พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ   
พยาบาลวิชาชีพชำนาญาน  
 พยาบาลเทคนิคชำนาญาน  นักวิชาการสาธารณสุข  ตำแหน่งอื่น ๆ  
.....  
ตำแหน่งทางบริหาร (ถ้ามี)  
.....  
.....
- ชื่อสถานพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ..... ระบุ  
หน่วยย่อย(ถ้ามี).....

8. กลุ่มผู้รับบริการ  ผู้ป่วยรักษาประเภท (เช่น ศัลยกรรม , อายุรกรรม)

.....  
 ดูแลประชาชนในชุมชน

อื่น ๆ

.....  
**ที่พัก**

9. ที่พัก กรุณาส่งเรื่องที่พักด้วยตนเอง โรงแรมจังหวัดกำแพงเพชร

**ข้อมูลอื่น ๆ**

10. ฟรีค่าลงทะเบียน (รับจำนวนจำกัด)

11. อาหาร  อิสลาม  มังสวิรัต  ทั่วไป

ติดต่อ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณเปรมฤดี บุญทวารานนท์ 086-619-5500 คุณสุภาภรณ์ วงศ์อนันท์ 089-201-2879  
กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ 02-354-7025 ต่อ 2602 , โทรสาร 02-644-6758 และดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ [www.ncl.go.th](http://www.ncl.go.th)