

## ใบสมัครโครงการอบรม

สร้างแกนนำในการถ่ายทอดการดูแลและส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ระหว่างวันที่ 27-29 กันยายน 2554

ณ โรงแรมหัวหินแกรนด์ แอนด์ พลาซ่า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์



### ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกตัวบรรจง)

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

### ข้อมูลการศึกษา และการปฏิบัติงาน

- การศึกษา (ที่ใช้ในการเริ่มปฏิบัติงาน) ..... สาขา .....
- การศึกษาสูงสุด (ปัจจุบัน) ..... สาขา .....
- ตำแหน่ง  พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  พยาบาลวิชาชีพชำนาญงาน  
 พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน  โภชนาการ  นักกำหนดอาหาร  
 อื่น ๆ (ระบุ) .....
- ตำแหน่งทางบริหาร (ถ้ามี) .....
- ปัจจุบันปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล / สถาบัน .....หน่วยงานที่ปฏิบัติ.....  
ที่อยู่ .....เบอร์มือถือ.....  
ประเภทผู้ป่วยที่ให้บริการ  ศัลยกรรม  รังสีรักษา  เคมีบำบัด  อื่น ๆ (ระบุ).....
- ปฏิบัติงานพยาบาล รวม ..... ปี ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง .....ปี

### ที่พัก

- ที่พัก กรุณาส่งการที่พักรด้วยตนเอง โรงแรมหัวหินแกรนด์ แอนด์ พลาซ่า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์  
E-mail : [huahingrand@hotmail.com](mailto:huahingrand@hotmail.com) Tel. 0 3251 3230-4 , Fax . 0 3251 1765  
คุณพรพิสุทธิ์ พัทธ์กิจ 083-220-0085

### ข้อมูลอื่น ๆ

- อาหาร  อิสลาม  มังสวิรัติ  ทั่วไป

**\*\* กรุณานำเอกสารตอบรับการประชุมไปแสดงที่โต๊ะลงทะเบียนด้วย (ฟรีค่าลงทะเบียน รับจำนวนจำกัด) \*\***

ติดต่อ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณวิลาวรรณ คูศิริไลส์ 086-375-0578 , คุณดาราวรรณ ไทยหอม , 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)