

ใบสมัครลงทะเบียน
หลักสูตร”แนวทางการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง”(หลักสูตร10 วัน)
(Counseling in Cancer Patient : Genetic Counseling)
ระหว่างวันที่ 6 – 17 สิงหาคม 2555
ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ



กรุณารอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง

1. นาง นางสาว นาย ยศชื่อ-นามสกุล.....
 2. ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ.....
 3. มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปี
มีประสบการณ์ปฏิบัติงานการพยาบาลให้คำปรึกษา.....ปี
 4. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ จากสภาการพยาบาล (เลข 10 หลัก) _ _ _ _ _
 5. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
 6. สถานที่ปฏิบัติงาน : โรงพยาบาล.....หน่วยที่ปฏิบัติงาน.....
เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
มือถือ.....
 7. ส่ง Fax ใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนค่าลงทะเบียน จำนวน 5,000 บาท มาที่
 - นางสาวศิริพร ตาละชีพ (081-577-2597)
 - นางอัญชลี สุขขัง (085-825-1115)
 - นางสาวดารารรณ ไทยหอม
กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
โทรศัพท์ / โทรสาร 0 2354 7030 ต่อ 2602,2605 หรือ 0 2644 6758
- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี ชื่อบัญชี นางสาวศิริพร ตาละชีพ และหรือนางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์เลขที่บัญชี : 026-447033-0
8. มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนาม.....
- หมายเหตุ** กรุณานำใบสมัครและใบโอนเงินตัวจริงมายื่นในวันลงทะเบียนด้วย

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)
วันที่.....