

ใบสมัครลงทะเบียน

หลักสูตร”แนวทางการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง”(หลักสูตร10 วัน) โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน

ณ ห้องประชุมสมชาย สมบูรณ์เจริญ ชั้น 5 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ



กรุณารอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง

1. นาง นางสาว นาย ศชื่อ-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.....
7. ส่ง Fax ใบสมัครพร้อมใบโอนค่าลงทะเบียน จำนวน 5,000 บาท มาที่

- นางสาวศิริพร ตาละชีพ (081-577-2597)
- นางอัญชลี สุขขัง (085-825-1115)

กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โทรศัพท์ / โทรสาร 0 2354 7030 ต่อ 2602 หรือ 02 644 6758

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี

ชื่อบัญชี นางสมจิตร ประภากร และ/หรือ นางดาวรุ่ง เทพสุวรรณ เลขที่บัญชี : 026-434739-1

★ มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนาม.....

หมายเหตุ : กรุณานำแบบฟอร์มการลงทะเบียนตัวจริงพร้อมใบโอนเงินมาในวันอบรมด้วย

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

วันที่.....