



ใบสมัครอบรมหลักสูตร "แนวทางการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง"
 (หลักสูตร ๑๐ วัน) Counseling in Cancer Patients : Genetic Counseling
 ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๙ สิงหาคม ๒๕๕๗
 ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว กรุงเทพฯ

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

ชื่อ.....นามสกุล.....
 เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (เลข ๑๐ หลัก) _____ เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน วัน/เดือน/ปี เกิด

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

◇ มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปี (๓ ปีขึ้นไป)
 ◇ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานการพยาบาลให้คำปรึกษา.....ปี (๒ ปีขึ้นไป)

สถานที่ปฏิบัติงาน : โรงพยาบาล.....หน่วยที่ปฏิบัติงาน.....
 เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
 มือถือ.....

หลักฐานประกอบการสมัคร :

- ใบสมัครอบรม
 ส่ง Fax ใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนค่าลงทะเบียน จำนวน ๕,๐๐๐ บาท

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาริบัติ

ชื่อบัญชี นางสาวศิริพร ตาละชีพ และ/หรือนางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์

เลขที่บัญชี : ๐๒๖-๔๔๗๐๓๓-๐

มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนาม(โปรดระบุ).....

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โทรศัพท์ : ๐ ๒๓๕๔ ๗๐๓๐ ต่อ ๒๖๐๒ , ๒๖๐๙

โทรสาร : ๐ ๒๖๔๔ ๖๗๕๘

- นางสาวศิริพร ตาละชีพ : ๐๘๑-๕๗๗-๒๕๕๗
- นางอัญชลี สุขขัง : ๐๘๕-๘๒๓-๑๑๑๕
- นางสาวสุภาภรณ์ วงศ์อนันท์

โปรดนำหลักฐานประกอบการสมัครและ
 เอกสารการโอนเงิน (ฉบับจริง) มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่