



ใบสมัครอบรมหลักสูตร ”แนวทางการให้การพยาบาลโภชนาการโรคมะเร็ง”

(หลักสูตร ๕ วัน)

ระหว่างวันที่ ๘ - ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗

ณ โรงแรมในกรุงเทพมหานคร

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (เลข ๑๐ หลัก) \_\_\_\_\_ เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..... วัน/เดือน/ปี เกิด .....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

◦ มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ .....

สถานที่ปฏิบัติงาน : โรงพยาบาล.....หน่วยที่ปฏิบัติงาน.....

เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

มือถือ.....

**หลักฐานประกอบการสมัคร :**

ใบสมัครอบรม

ส่ง Fax ใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนค่าลงทะเบียน จำนวน ๔,๐๐๐ บาท

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี

ชื่อบัญชี นางสาวศิริพร ตาละชีพ และ/หรือนางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์

เลขที่บัญชี : ๐๒๖-๔๔๗๐๓๓-๐

มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนาม(โปรดระบุ).....

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โทรศัพท์ : ๐ ๒๓๕๔ ๗๐๓๐ ต่อ ๒๖๐๒ , ๒๖๐๕

โทรสาร : ๐ ๒๖๔๔ ๖๗๕๘

• นางสาววิลาวรรณ คูศิริไธส : ๐๘๖-๓๗๕-๐๕๗๘

• นางสาวสุภาภรณ์ วงศ์อนันท์

• นางสาวบุหงา จำปาทอง

โปรดนำหลักฐานประกอบการสมัครและ

เอกสารการโอนเงิน (ฉบับจริง) มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ .....