



ใบสมัครอบรมหลักสูตร "แนวทางการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง"
 (หลักสูตร ๕ วัน) Counseling in Cancer Patients
 ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘
 ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว กรุงเทพฯ

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

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

ตำแหน่งปัจจุบัน.....
 ◊ มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปี (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 ๒๖๐๕ , ๒๖๐๙

โทรสาร : ๐ ๒๖๔๔ ๖๗๕๘

• นางสาวศิริพร ตาละชีพ : ๐๘๑-๕๗๗-๒๕๙๗

• นางสาวสุนิษา ไชยสีมา

โปรดนำหลักฐานประกอบการสมัครและ
 เอกสารการโอนเงิน (ฉบับจริง) มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่