



ใบสมัครอบรม "การพัฒนาศักยภาพ Cancer Nurse Coordinator" (10 วัน)

ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ตกรุงเทพฯ

รุ่นที่1 วันที่ 9-13 กุมภาพันธ์ 2558 และ วันที่ 2 วันที่ 9-13 มีนาคม 2558

กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน

เขตบริการสุขภาพที่ จังหวัด.....

ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (เลข 10 หลัก) _____ เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

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

งานที่ได้รับมอบหมายพิเศษเกี่ยวกับ Service Plan

สถานที่ปฏิบัติงาน : โรงพยาบาล.....ลักษณะงานที่ปฏิบัติ.....

การติดต่อ

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

Email address

หลักฐานประกอบการสมัคร :

ใบสมัครอบรม

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โทรศัพท์ : 0 2354 7025 ต่อ 2600 , 2605

โทรสาร : 0 2644 6758

- นางพรจันทร์ สัยละมัย : 0813024323, nursetraining.nci@gmail.com

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่