



ใบสมัครอบรมหลักสูตร “การดูแลและส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง”

ระหว่างวันที่ ๑- ๓ เมษายน ๒๕๕๘
ณ โรงแรมวังใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (เลข ๑๐ หลัก) _____ เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน วัน/เดือน/ปี เกิด

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

◊ มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปี

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

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

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

มือถือ.....

หลักฐานประกอบการสมัคร :

ใบสมัครอบรม

ส่ง Fax ใบสมัคร

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โทรศัพท์ : ๐ ๒๓๕๔ ๗๐๓๐ ต่อ ๒๖๐๒ , ๒๖๐๕

โทรสาร : ๐ ๒๖๔๔ ๖๗๕๘

E-Mail : nursetraining.nci@gmail.com

• นางสาววิลาวรรณ คูศิริไลส์ : ๐๘๖-๓๗๕-๐๕๗๘

• นางสาวสุภาภรณ์ วงศ์อนันท์

• นางสาวจรัญญา ทองวัน

โปรดนำหลักฐานประกอบการสมัคร

มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่