



ใบสมัครอบรมหลักสูตร ” “โครงการอบรม Nurse Manager in Palliative Care”

(หลักสูตร 5 วัน)

ระหว่าง วันที่ ๒๕ – ๒๙ เมษายน ๒๕๕๘

ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอด

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

นาง นางสาว นาย ยศ..... ชื่อ.....นามสกุล.....
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ พยาบาลวิชาชีพ
ตำแหน่งอื่น ๆ

★ มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปี (2 ปีขึ้นไป)

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

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน วัน/เดือน/ปี เกิด

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

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

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

มือถือ.....

E – Mail

หลักฐานประกอบการสมัคร :

★ ใบสมัครอบรม /สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

★ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

★ ส่ง Fax ใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนค่าลงทะเบียน จำนวน 5,000 บาท

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)สาขารามาธิบดี

ชื่อบัญชี นางสาวศิริพร ตาละชีพ และ/หรือนางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์

เลขที่บัญชี : 026-447033-0

มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนาม(โปรดระบุ).....

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โทรศัพท์ : 0 2020 6800 ต่อ 2602

โทรสาร : 0 2644 6758

• นางสาวศิริพร ตาละชีพ : 081-577-2597

• นางสาวสุนิษา ไชยสีมา

โปรดนำหลักฐานประกอบการสมัครและ

เอกสารการโอนเงิน (ฉบับจริง) มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่