



ลำดับที่

ใบสมัครอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๑๙

Oncology Nursing Course

ระหว่างวันที่ ๖ มีนาคม - ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ภาคทฤษฎี ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ ภาคปฏิบัติ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กรุณกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

ชื่อ.....นามสกุล.....
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(เลข๑๐หลัก) เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน วัน/เดือน/ปีเกิด
ที่อยู่ติดต่อได้
E-mail :
โทรศัพท์ (บ้าน).....(มือถือ).....
สถานที่ทำงาน
โทรศัพท์.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....
ประสบการณ์การทำงาน ปี หน่วยงาน
จบการศึกษาสูงสุดสาขา.....
ปี พ.ศ. ที่จบ สถาบันที่จบ

** ค่าลงทะเบียนไม่รวมค่าศึกษาดูงาน ** ตลอดหลักสูตร ๔ เดือน : ๔๐,๐๐๐ บาท
** โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ บัญชีออมทรัพย์เลขที่ ๐๒๖-๔๖๑๖๒๑-๑
บัญชีชื่อ “นางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์ และ/หรือ นางศิริพร สวยพริ้ง”

หลักฐานประกอบการสมัคร : E-Mail : nursetraining.nci@gmail.com / vonganan_nci@hotmail.com

- o ใบสมัครอบรม
o สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
o สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
o หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา

**กรุณาส่งเอกสารใบสมัครพร้อมหลักฐานให้ครบถ้วน
เพื่อประกอบการพิจารณาเข้าอบรม
**โปรดนำ ใบสมัคร , ใบโอนเงิน ฉบับจริง มาในวันลงทะเบียน

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่/...../.....