



กรมการแพทย์  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ใบสมัครอบรมหลักสูตร แนวทางการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง  
(Counseling in Cancer Patients : Genetic Counseling ) หลักสูตร 10 วัน  
ระหว่างวันที่ 20 – 31 มีนาคม 2560  
ณ โรงแรม เอส.ดี.อเวนิว กรุงเทพฯ

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

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

★ มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ .....ปี (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 8,000 บาท

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)สาขารามาธิบดี

ชื่อบัญชี นางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์ และ/หรือ นางสาวศิริพร สวยพริ้ง

เลขที่บัญชี : 026-4616211

มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนาม(โปรดระบุ).....

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2602

โทรสาร : 0 2644 6758

• นางสาวศิริพร ตาละชีพ : 081-577-2597

• นางสาวรัฐดิษฐ์ญ์ รัตนไชยสีมา : 0 2202 6800 ต่อ 2602

โปรดนำหลักฐานประกอบการสมัครและ

เอกสารการโอนเงิน (ฉบับจริง) มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ .....