



สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ  
แบบฟอร์มยืนยันการเข้ารับการอบรม  
สำหรับผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรม  
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑

\*\*\*\*\*

ชื่อ-สกุล (นาย / นาง / นางสาว).....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

โรงพยาบาล.....

โทรศัพท์ (มือถือ)..... E-Mail.....

มีความประสงค์

- ยืนยันเข้ารับการอบรม  
 ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ (โปรดระบุ)

เนื่องจาก.....

\*\* รายงานตัวลงทะเบียนเข้ารับการอบรม ในวันจันทร์ที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๒ ตั้งแต่เวลา ๐๗.๓๐ น.  
ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพฯ

\*\* แต่งกายสุภาพเรียบร้อย

**หมายเหตุ** ผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรม กรุณาชำระค่าลงทะเบียน จำนวน ๔๕,๐๐๐ บาท

โอนเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ ๐๒๖-๔๖๑๖๒๑-๑

บัญชีชื่อ นางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์ และ/หรือ นางศิริพร สวดยพริ้ง

ส่ง E-Mail แบบฟอร์มยืนยันการเข้ารับการอบรม พร้อมหลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียน

มายังภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ทาง E-Mail : [nursetraining.nci@gmail.com](mailto:nursetraining.nci@gmail.com)

ภายในวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๒ มิฉะนั้นจะถือว่าท่านสละสิทธิ์

ออกใบเสร็จในนาม (โปรดระบุ).....

สำหรับติดใบโอนเงิน

ส่งกลับที่ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ทาง E-Mail [nursetraining.nci@gmail.com](mailto:nursetraining.nci@gmail.com)

โปรดระบุชื่อ-นามสกุล โรงพยาบาลและชื่อหลักสูตรให้ชัดเจน