



ใบสมัครโครงการอบรม ผู้ช่วยเหลือคนไข้กับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง  
ระหว่างวันที่ ๒๙-๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘  
ณ โรงแรมเสนาเพลส



กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

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

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

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

มือถือ..... E-Mail .....

**หลักฐานประกอบการสมัคร :**

- ใบสมัครอบรม
- ส่ง Fax ใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนค่าลงทะเบียน จำนวน ๒,๐๐๐ บาท  
โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาริบัติ  
ชื่อบัญชี นางสาวศิริพร ตาละชีพ และ/หรือนางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์  
เลขที่บัญชี : ๐๒๖-๔๔๗๐๓๓-๐

มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนาม(โปรดระบุ).....

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่  
กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โทรศัพท์ : ๐ ๒๓๕๔ ๗๐๓๐ ต่อ ๒๖๐๕

โทรสาร : ๐ ๒๖๔๔ ๖๗๕๘

E-Mail : nursetraining.nci@gmail.com

- นางสาวบุปผาชาติ ขุนอินทร์ : ๐๘๑-๘๘๙-๖๗๘๐
- นางสาวสุภาภรณ์ วงศ์อนันท์

**โปรดนำหลักฐานประกอบการสมัครและ  
เอกสารการโอนเงิน (ฉบับจริง) มาในวันลงทะเบียนด้วย**

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ .....