

ที่ สธ ๑๓๑๒./ ๑๓๓๕



สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์  
๒๖๘/๑ ถนนพระรามที่ ๖ เขตราชเทวี  
กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐

๒ กรกฎาคม ๒๕๕๔

**เรื่อง** ขอเชิญเข้ารับการอบรม การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

**เรียน** นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับเข้าร่วมอบรม

ด้วยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อนุมัติให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จัดหลักสูตร "การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็ง" ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๙ สิงหาคม ๒๕๕๔ ณ ห้องประชุม สมชาย สมบูรณ์เจริญ ชั้น ๕ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้ความเข้าใจด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็ง นั้น

ในการนี้ กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ จึงขอเชิญท่านส่งบุคลากร พยาบาลวิชาชีพ ในสังกัด เข้าร่วมอบรม จำนวน ๑ - ๒ ท่าน ทั่วประเทศ จำนวน ๔๐ คน โดยส่งรายชื่อที่ กลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์ ๐ ๒๓๕๔ ๗๐๒๕ ต่อ ๒๖๐๒ , ๒๖๐๐ , ๒๖๐๕ โทรสาร ๐ ๒๖๔๔ ๖๗๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งผู้เกี่ยวข้อง และพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดของท่านเข้าร่วม ประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธีรวุฒิ คุหะเปรมะ)

ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ

โทรศัพท์ ๐ ๒๓๕๔ ๗๐๒๕ ต่อ ๒๖๐๒ , ๒๖๐๐

โทรสาร ๐ ๒๖๔๔ ๖๗๕๘

สำเนาเรียน

แบบฟอร์มการลงทะเบียน

การอบรมหลักสูตร” การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็ง”

ณ ห้องประชุมสมชาย สมบูรณ์เจริญ ชั้น 5 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ระหว่างวันที่ 15 - 19 สิงหาคม 2554

กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง

1.  นาง  นางสาว  นาย ชื่อ.....นามสกุล.....
2. ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ .....  
เบอร์โทรศัพท์..... E-mail.....
3. มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ..... ปี  
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ จากสภาการพยาบาล (เลข 10หลัก) \_\_\_\_\_
4. สถานที่ปฏิบัติงาน : โรงพยาบาล .....หน่วยที่ปฏิบัติงาน.....  
เลขที่ .....ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....
5. พร้อมนี้ได้จัดส่งค่าลงทะเบียน จำนวน 3,500 บาท  
โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี  
ชื่อบัญชี นางสมจิตร ประภากร และ/หรือ นางดาวรุ่ง เทพสุวรรณ  
เลขที่บัญชี : 026 - 4 - 34739 -1

หมายเหตุ : กรุณานำแบบฟอร์มการลงทะเบียนตัวจริงมาในวันอบรมด้วย

ลงชื่อ .....(ผู้สมัคร)

วันที่.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

ขอรับรองว่า ..... ตำแหน่ง .....

มีประสบการณ์การในการปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 ปี

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

วันที่ .....