



แบบฟอร์มใบสมัครเข้าร่วมโครงการอบรม

“สร้างแกนนำในการถ่ายทอดการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งภายหลังรับการรักษาและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ครั้งที่ 3”

ระหว่างวันที่ 4 - 5 สิงหาคม 2554

ณ โรงแรมเคพี แกรนด์ จันทบุรี จังหวัดจันทบุรี



ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกตัวบรรจง)

- 1. ชื่อ (นาย นาง นางสาว) นามสกุล
- 2. อายุปัจจุบัน ปี
- 3. การติดต่อ : โทรศัพท์ E-mail address :
- 4. เลขที่ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์จากสภาการพยาบาล (เลข 10 หลัก) _ _ _ _ _

ข้อมูลการศึกษา และการปฏิบัติงาน

- 5. การศึกษา ที่ใช้ในการเริ่มปฏิบัติงาน สาขา
- การศึกษาสูงสุด (ปัจจุบัน) สาขา
- 6. ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญงาน
- พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน นักวิชาการสาธารณสุข ตำแหน่งอื่น ๆ
- ตำแหน่งทางบริหาร (ถ้ามี)
- 7. ชื่อสถานพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ระบุหน่วยย่อย(ถ้ามี).....
- 8. กลุ่มผู้รับบริการ ผู้ป่วยรักษาประเภท (เช่น ศัลยกรรม , อายุรกรรม)
- ดูแลประชาชนในชุมชน
- อื่น ๆ

ที่พัก

- 9. ที่พัก กรุณาสำรองที่พักด้วยตนเอง โรงแรมเคพี แกรนด์ จันทบุรี จังหวัดจันทบุรี
- โทร. (039) 323 -201-10 โทรสาร. (039) 323-214-15
- E-mail : kpgrand @ yahoo . com

ข้อมูลอื่น ๆ

- 10. ทรัพย์สินทะเบียน (รับจำนวนจำกัด)
- 11. อาหาร อิสลาม มั่งสวิสติ ทั่วไป

***** กรุณานำเอกสารตอบรับการประชุม (ตัวจริง) ไปแสดงที่โต๊ะลงทะเบียนด้วย *****

ติดต่อ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณเปรมฤดี บุญทำพานนท์ 086-619-5500 คุณสุภาภรณ์ วงศ์อินทร์ 089-201-2879
กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ 02-354-7025 ต่อ 2602 , โทรสาร 02-644-6758 และดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ www.nci.go.th