

**ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม (กรุณาเขียนตัวบรรจง)**  
**โครงการ “สร้างแกนนำในการถ่ายทอดการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งภายหลังรับการรักษา**  
**และผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ครั้งที่ 2”**  
**ระหว่างวันที่ 21 – 22 มกราคม 2553**  
**ณ ห้องประชุมโรงแรมลายทอง จังหวัดอุบลราชธานี**

\*\*\*\*\*

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
- ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
- เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
- จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....
- โทรศัพท์มือถือ.....E – mail.....

**2. มีความประสงค์ของห้องพัก**

ณ โรงแรมลายทอง จังหวัดอุบลราชธานี

ติดต่อแผนกห้องพัก โทร.(045) 264 - 271 ต่อ 120 , (045) 264 - 290 โทรสาร. (045) 264 - 270

**กรุณาส่งใบตอบรับการอบรมมาที่ คุณสุภาภรณ์ วงศ์อนันต์**

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ

268/1 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ถนน พระรามที่ 6

เขต ราชเทวี จังหวัดกรุงเทพฯ 10400

โทร. (02) 354 – 7025 ต่อ 2602 , (02) 644 - 6758

โทรสาร. (02) 644 – 6758

**กรุณาส่งแบบตอบรับภายในวันที่ 15 มกราคม 2553**