



ใบสมัครอบรมหลักสูตร แนวทางการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
(Counseling in Cancer Patients : Genetic Counseling) หลักสูตร 10 วัน
ระหว่างวันที่ 7 – 18 มีนาคม 2565
ณ โรงแรม เอส.ดี.อเวนิว กรุงเทพฯ

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

นาง นางสาว นาย ยศ..... ชื่อ.....นามสกุล.....
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ พยาบาลวิชาชีพ
ตำแหน่งอื่น ๆ

★ มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปี (2 ปีขึ้นไป)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (เลข 10 หลัก) _____ เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน วัน/เดือน/ปี เกิด

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

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

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

มือถือ.....

E – Mail

หลักฐานประกอบการสมัคร :

★ ใบสมัครอบรม /สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

★ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

★ ส่ง E-mail ใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนค่าลงทะเบียน จำนวน 12,000 บาท

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี

ชื่อบัญชี นางอรรรณ เมืองสำราญ และ/หรือ นางสาวพัชรีย์ แสงทอง

เลขที่บัญชี : 026-4747630

ความประสงค์เพื่อกเบเสร็จเนนาม(เบรตระบุ).....

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2604

E-mail : aconann.888@gmail.com

• นางอรรรณ เมืองสำราญ : 081-293 3822 , 081-374 6630

• นางสาวฐิติธัญญา รัตนไชยสีมา : 0 2202 6800 ต่อ 2604

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่

โปรดนำหลักฐานประกอบการสมัครและ
เอกสารการโอนเงิน (ฉบับจริง) มาในวันลงทะเบียนด้วย