

**ใบสมัครเข้าร่วม**  
**การฝึกอบรมเครือข่ายทีมแพทย์ เกสซ์กรและพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย**  
**รุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒ - ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑**  
**(ระยะเวลา ๕ วัน)**  
**ณ โรงแรมเวียงลคอร อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง**

**โปรดกรอกรายละเอียดตัวบรรจง**

คำนำหน้า  นาย  นาง  นางสาวชื่อ/สกุล.....

เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

สถานที่ทำงาน/ติดต่อ .....

.....

หมายเลขโทรศัพท์.....E-mail:.....

ลงชื่อผู้สมัคร .....

(.....)

วันที่ ...../...../.....

ทั้งนี้โปรดส่งรายชื่อ ไปยัง นางสาวสายชล บุญวิสุทธิานนท์ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก  
 โทร ๐๘๗ ๓๑๗๒๑๔๘ E-mail: [cholboon@gmail.com](mailto:cholboon@gmail.com)