



กรมการแพทย์
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ใบสมัครอบรมหลักสูตร แนวทางการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
(Counseling in Cancer Patients : Genetic Counseling) หลักสูตร 10 วัน

ระหว่างวันที่ 20 - 31 มีนาคม 2560

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 Fax ใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนค่าลงทะเบียน จำนวน 8,000 บาท

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาริบัติ

ชื่อบัญชี นางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์ และ/หรือ นางศิริพร สวยพริ้ง

เลขที่บัญชี : 026-4616211

มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนาม(โปรดระบุ).....

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2602

โทรสาร : 0 2644 6758

● นางสาวศิริพร ตาละชีพ : 081-577-2597

● นางสาวฐิติธัญญา รัตนไชยสีมา : 0 2202 6800 ต่อ 2602

โปรดนำหลักฐานประกอบการสมัครและ

เอกสารการโอนเงิน (ฉบับจริง) มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่