



## ใบสมัคร

เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด  
(หลักสูตร ๑๐ วัน) รุ่นที่ ๗

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

๑. ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

หน่วยงาน.....ประสบการณ์การทำงาน.....ปี

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

โปรตระกูลอาหาร.....

๒. ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

หน่วยงาน.....ประสบการณ์การทำงาน.....ปี

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

โปรตระกูลอาหาร.....

ค่าลงทะเบียน ๓,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

โดยไม่รวมค่าธรรมเนียมการโอนและไม่รับลงทะเบียนหน้างาน

ออกใบเสร็จในนาม .....

วิธีชำระเงิน

โอนเงิน เข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาประตูชัย จังหวัดลำปาง

ชื่อบัญชี โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เลขที่บัญชี ๕๓๖ -๑ - ๑๑๙๙๐ - ๓

กรุณานำสลิปการโอนเงินฉบับจริงมาในวันอบรม

ภาคทฤษฎี: ณ โรงแรมเวียงลคอร อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง วันที่ ๑๕-๑๙ มกราคม ๒๕๖๑

ภาคปฏิบัติ : ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โปรตระกูลเลือกกลุ่มฝึกปฏิบัติ

กลุ่มที่ ๑ วันที่ ๒๒ - ๒๖ มกราคม ๒๕๖๑

กลุ่มที่ ๒ วันที่ ๒๙ มกราคม - ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

กลุ่มที่ ๓ วันที่ ๕ - ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

กลุ่มที่ ๔ วันที่ ๑๒ - ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

กลุ่มที่ ๕ วันที่ ๑๙ - ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

หมายเหตุ แบ่งกลุ่มปฏิบัติ กลุ่มละ ๖ คน จัดกลุ่มตามลำดับของผู้ที่สมัครก่อน