

ใบสมัครเข้าร่วม  
การฝึกอบรมเครือข่ายทีมแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย  
รุ่นที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๓๐ เมษายน - ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๑  
(ระยะเวลา ๕ วัน)  
ณ โรงแรมเวียงลคอร อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

โปรดกรอกรายละเอียดตัวบรรจง

คำนำหน้า  นาย  นาง  นางสาวชื่อ/สกุล.....

เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

สถานที่ทำงาน/ติดต่อ .....

.....

หมายเลขโทรศัพท์.....E-mail:.....

ลงชื่อผู้สมัคร .....

(.....)

วันที่ ...../...../.....)

ทั้งนี้โปรดส่งรายชื่อ ไปยัง นางกัลยาณี เครือใหม่ โรงพยาบาลลำปาง โทร ๐๘๑ ๘๘๑ ๕๑๑๓  
E-mail: [kanlayaneekan@hotmail.com](mailto:kanlayaneekan@hotmail.com) ภายในวันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๑