



ใบสมัครอบรมหลักสูตร แนวทางการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง  
(Counseling in Cancer Patients : Genetic Counseling ) หลักสูตร 10 วัน  
ระหว่างวันที่ 13 – 24 มีนาคม 2566  
ณ โรงแรม เอส.ดี.อเวนิว กรุงเทพฯ

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

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

★ มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ .....ปี (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
- ★ ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนค่าลงทะเบียน 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

- นางอรรรณ เมืองสำราญ : 081-293 3822 , 081-374 6630
- นางสาวฐิติธัญญา รัตนไชยสีมา : 0 2202 6800 ต่อ 2604

โปรดนำหลักฐานประกอบการสมัครและ  
เอกสารการโอนเงิน (ฉบับจริง) มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร  
(.....)  
วันที่ .....