



ใบสมัครอบรมหลักสูตร แนวทางการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง  
(Counseling in Cancer Patients : Genetic Counseling ) หลักสูตร 10 วัน  
ระหว่างวันที่ 12 – 23 กรกฎาคม 2564  
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

★ ส่ง E-mail ใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนค่าลงทะเบียน จำนวน 12,000 บาท

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี

ชื่อบัญชี นางอรรรณ เมืองสำราญ และ/หรือ นางสาวพัชรีย์ แสงทอง

เลขที่บัญชี : 026-4747630

ความประสงค์เทออกเบเสร็จเนนาม(เบรตระบุ).....

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2604

E-mail : [nutcha\\_777@hotmail.com](mailto:nutcha_777@hotmail.com)

• นางอรรรณ เมืองสำราญ : 081-293 3822 , 081-374 6630

• นางสาวฐิติธัญญา รัตนไชยสีมา : 0 2202 6800 ต่อ 2604

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ .....

โปรดนำหลักฐานประกอบการสมัครและ  
เอกสารการโอนเงิน (ฉบับจริง) มาในวันลงทะเบียนด้วย