

ใบสมัครเข้าร่วมอบรม

โครงการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ประจำปีงบประมาณ 2557

วันที่ 18-22 สิงหาคม 2557

ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

1.ชื่อ-สกุล ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว

2.ตำแหน่ง.....ระดับ.....

3.เบอร์โทรศัพท์.....มือถือ.....

E-mail.....

เลขประจำตัวสมาชิกสภาการพยาบาล.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (10 หลัก).....

สถานที่ทำงาน (ชื่อหน่วยงาน).....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

2.ข้อมูลผู้สมัครเกี่ยวกับประสบการณ์การอบรมด้านโรคมะเร็ง กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ที่ตรงกับท่าน

☐ เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการให้ยาเคมีบำบัด (10 วัน)

☐ เคยผ่านการอบรมหลักสูตรทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (4เดือน)

☐

☐ ไม่เคย

3.ประเภทอาหาร ☐ ธรรมดา ☐ อาหารอิสลาม ☐ อาหารเจ

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

...../...../.....

กรุณาแจ้งชื่อพร้อมส่งใบสมัคร มายังวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี เลขที่ 84/21 ถ.คชาธร ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ. ราชบุรี 70000 โทร 032-314603 โทรสาร 032-314605 ภายในวันที่ 8 สิงหาคม 2557
ติดต่อผู้รับผิดชอบโครงการ อาจารย์สุภัทรรัตน์ แจ่มแจ้ง เบอร์โทรศัพท์ 081-4970432