



ใบสมัครเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๕๗
เรื่อง “การพัฒนาระบบและเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง : วิธีสู่การบูรณาการข้ามวัฒนธรรม”
วันที่ ๑-๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗

ณ อาคารอเนกประสงค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน/สังกัด.....
ที่อยู่.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาล(๑๐หลัก).....
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....โทรสาร..... E-mail.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
.....

ท่านเป็นศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

☐ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต(ต่อเนื่อง) รุ่นที่.....

☐ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่.....

☐ หลักสูตรอื่น ๆ (ระบุ).....

☐ ไม่ได้เป็นศิษย์เก่า

อาหาร ☐ ไทย ☐ มังสวิรัติ ☐ อิสลาม

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การลงทะเบียนและชำระเงิน

๑.กรอกข้อมูลใบสมัครตัวบรรจง ชัดเจน พร้อมถ่ายสำเนาใบโอนเงิน ส่งทางโทรสารไปที่หมายเลขโทรสาร ๐๓๒-๓๑๔๖๐๕ หรือสมัครและชำระเงินสดด้วยตนเองที่ ห้องธุรการ อาคารอำนวยการชั้น ๑ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ภายในวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๕๗

๒.การชำระเงินค่าลงทะเบียน และรายการเพิ่มเติมตามความสนใจ

☐ ค่าลงทะเบียนเข้าประชุมวิชาการ จำนวนท่านละ ๑,๓๐๐ บาท

☐ ค่าบัตรเข้าร่วมงานเลี้ยง(มุทิตาจิต อ.พิศมัย อานัญจนวิชัย) ราคา ๕๐๐ บาท/ใบ จำนวนใบ เป็นเงิน.....บาท

☐ ค่าเสื้อที่ระลึก ๔๐ ปี สถาปนา วพบ.ราชบุรี ราคา ๔๐๐ บาท/ตัว จำนวน.....ตัว เป็นเงิน.....บาท

☐ ร่วมทำบุญฉลองวิหารพระและครบรอบ ๔๐ ปี วพบ.ราชบุรี (๒๘ เมษายน ๒๕๕๗) เป็นเงิน.....บาท

โดยโอนเงิน ชื่อบัญชี “๔๐ ปี แห่งการสถาปนา วพบ.ราชบุรี สร้างสรรค์พยาบาลที่ดีสู่แผ่นดิน”

เลขที่บัญชี ๗๓๘-๐- ๑๕๖๒๓-๓ ประเภทออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขา ย่อยถนนคณาธร

***กรุณานำหลักฐานการโอนเงินฉบับจริง มายื่นที่โต๊ะลงทะเบียนเพื่อรับใบเสร็จรับเงินในวันที่มาประชุม

๓. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ อ.ทัศนีย์ ตรีสายลักษณ์ โทร.๐๘๑-๖๑๖๓๙๒๐ หรือดูรายละเอียดโครงการ กำหนดการ และใบสมัคร ได้ที่ www.bcnr.ac.th *** ไม่รับสมัครลงทะเบียนหน้างาน***