

ใบสมัครเข้าร่วมสัมมนาวิชาการ  
เรื่อง “การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในเด็กและผู้สูงอายุ”  
วันที่ 21 ธันวาคม 2561

ณ ห้องกายวิภาคศาสตร์ ชั้น 2 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 50 พรรษามหาชิราลองกรณ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต (ถนนสีรินธร)

- ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) .....นามสกุล.....  
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ .....อาหาร  ทั่วไป  อิสลาม  มั่งสิริริติ  
ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) .....นามสกุล.....  
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ .....อาหาร  ทั่วไป  อิสลาม  มั่งสิริริติ  
ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) .....นามสกุล.....  
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ .....อาหาร  ทั่วไป  อิสลาม  มั่งสิริริติ  
  
สถานที่ปฏิบัติงาน/หอผู้ป่วย.....สังกัด.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....  
Email Adress.....
- มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมประชุม โดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงเทพ สาขาวิชาวิถึ ชื่อบัญชีมหาวิทยาลัยสวนดุสิตเลขที่ 131-073803-2  
 สำหรับพยาบาลวิชาชีพและบุคคลทั่วไป ค่าลงทะเบียนคนละ 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)  
รวมค่าลงทะเบียนทั้งหมด .....คน เป็นจำนวนเงิน .....บาท
- ขอให้ออกใบเสร็จในนาม  
 ชื่อผู้เข้าประชุม  อื่นๆ (โปรดระบุ).....  
ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร/ผู้ดำเนินการ)

หมายเหตุ ท่านจะเป็นผู้เข้าร่วมประชุมโดยสมบูรณ์เมื่อ

- กรอกใบสมัครตัวบรรจง ชัดเจน และส่งเอกสารใบสมัครพร้อมสำเนาหลักฐานการโอนเงินที่ได้รับจากธนาคารมาที่ [ratchanee\\_cha@dusit.ac.th](mailto:ratchanee_cha@dusit.ac.th) ทางโทรสารหมายเลข 02-423-9466 หรือสามารถลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ <http://nurse.dusit.ac.th/>
- ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อได้ที่ 0-2423-9467 หรือ 0-2423-9460

หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อที่ 0-2423-9467 หรือ 0-2423-9460