

ใบสมัครเข้าร่วมการประชุมการอบรมฟื้นฟูวิชาการผู้สูงอายุ
เรื่อง “เคล็ด(ไม่)ลับ สำหรับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม”

วันที่ 5 เมษายน 2561

ณ ห้องประชุมชั้น 4 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 50 พรรษามหาชิริราชลงกรณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สวนดุสิต ถนนสีรินธร กรุงเทพฯ

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพอาหาร ไทย อิสลาม มั่งสิริดี
2. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพอาหาร ไทย อิสลาม มั่งสิริดี
3. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพอาหาร ไทย อิสลาม มั่งสิริดี
สถานที่ปฏิบัติงาน/หอผู้ป่วย.....สังกัด.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....
Email Adress.....
4. มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมประชุม โดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงเทพ สาขา
ราชวิถี ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยสวนดุสิต บัญชีเลขที่ 131-0-73803-2
 สำหรับพยาบาลวิชาชีพและบุคคลทั่วไป ค่าลงทะเบียนคนละ 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)
รวมค่าลงทะเบียนทั้งหมดคน เป็นจำนวนเงินบาท
5. ขอให้ออกใบเสร็จในนาม
 ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม อื่นๆ (โปรดระบุ).....
ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร/ผู้ดำเนินการ)

หมายเหตุ ท่านจะเป็นผู้เข้าร่วมประชุมโดยสมบูรณ์เมื่อ

1. กรอกใบสมัครตัวบรรจง ชัดเจน และส่งโทรสาร หรือ E-mail ใบสมัครพร้อมสำเนาหลักฐานการโอนเงินที่ได้รับจากธนาคาร
มาที่ หมายเลขโทรสาร 0-2423-9466 หรือ E-mail : Pumthait.thitirat@gmail.com, namfhon_but@hotmail.com
เมื่อส่งโทรสารแล้วกรุณาโทรกลับไปยืนยันการได้รับหลักฐาน ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2423-9460 หรือลงทะเบียนออนไลน์
ได้ที่
2. ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อได้ที่เบอร์ 0-2423-9460 ภายหลังจากส่งเอกสารแล้ว หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อที่เบอร์
0-2423-9460, 9470