

**รายชื่อผู้ผ่านการสอบคัดเลือกเข้ารับการอบรม
โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
(Digestive Endoscopy Nurse Training) ปี 2563
วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 - 31 มีนาคม 2563**

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด	หมายเหตุ
1	นางสาวกมลรัตน์ หลงหัน	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	
2	นางขวัญดาว สำเภารอด	โรงพยาบาลลาดยาว	
3	นางสาวจิตราดา ทองสาย	โรงพยาบาลสินแพทย์ ลำลูกกา	
4	นางสาวจิรัชยา นิลคง	โรงพยาบาลกลาง	
5	นางสาวธมนธรณ์ เดชะนนท์พันธ์	โรงพยาบาลนครปฐม	
6	นางสาวนัฐกาญจน์ ศรีบุญ	โรงพยาบาลนครธน	
7	นางสาวปริศนา มงคลโคตร	โรงพยาบาลสระบุรี	
8	นางสาวพรพรรณ หล่อจีรานนท์	โรงพยาบาลรามธิบดี จักรีนฤพดินทร์	
9	นางสาวพิชามณูช ใจมั่น	โรงพยาบาลเวชธานี	
10	นางสาววรรณภา อนุกุล	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	
11	นางวรินดา กุลคง	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	
12	นางสาววิภาภรณ์ พวงไธสง	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	
13	นาวาตรีหญิง วิลินดา ภาคทรง	โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์	
14	นางสาวเวนิกา มูลทา	โรงพยาบาลชุมแพ	
15	นายศราวดี อมรกิจศาล	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	
16	นายสัญญา ศรีอัมพร	โรงพยาบาลกระทุ่มแบน	
17	นางสาวสารินทร์ สุวรรณโสภณ	โรงพยาบาลนครพิงค์	
18	นางสาวสุธาทิพย์ แสงสาคร	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	
19	นางสุพัฒน์ กันทะไธสง	โรงพยาบาลเวียงสา	
20	นางสาวสุรัสวดี ทองสกุล	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	
21	นางอโณทัย มณีกุล	โรงพยาบาลบรรพตพิสัย	
22	ร.อ.หญิง อรวรรณ ลิ้มปนเวทยานนท์	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	
23	นายจักรพงศ์ จินดาดวง	โรงพยาบาลราชวิถี	

รายชื่อสำรอง

1	นางสาวเตือนใจ ดวงจำปา	โรงพยาบาลวิชัยยุทธ	
2	นางนุชจรี ทองบุญรอด	โรงพยาบาลบ้านบึง	
3	นางอังคินฐ์ พันธุ์ทอง	โรงพยาบาลสงขลา	

เมื่อท่านได้รับหนังสือตอบรับ (ผ่านการสอบสัมภาษณ์) กรุณาดำเนินการดังนี้

1. ให้งานของหน่วยงานของท่านทำหนังสือส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ส่งถึง
งานการพยาบาลส่องกล้องทางเดินอาหาร กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ ชั้น 10 ตึกสิรินธร โรงพยาบาลราชวิถี
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 **ภายในวันที่ 30 ธันวาคม 2562 ไม่เช่นนั้นจะถือว่าท่านสละสิทธิ์**
2. ท่านไม่สามารถเปลี่ยนบุคลากรท่านอื่นมาอบรมแทนได้
3. ค่าลงทะเบียนต้องชำระก่อนมาเข้ารับการอบรม 15 วัน
 - ภาครัฐ ค่าลงทะเบียน คนละ 25,000 บาท
 - ภาคเอกชน ค่าลงทะเบียน คนละ 30,000 บาท
 - โอนเงินค่าลงทะเบียน เข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลราชวิถี
ชื่อบัญชี “เงินบำรุงโรงพยาบาลราชวิถี” เลขที่บัญชี 051 - 217580 - 4
 - ส่งหลักฐานการโอนเงินมาที่ Email : terapon4075@gmail.com โทร. 02-3548108 ต่อ 3154

- หมายเหตุ**
1. ในกรณีที่โอนเงินค่าลงทะเบียนแล้ว บุคลากรของท่านไม่มาเข้ารับการอบรมไม่สามารถคืนเงินค่าลงทะเบียนได้
 2. ในกรณีที่ผู้อบรมสละสิทธิ์ จะเรียกผู้ที่มีรายชื่อสำรองขึ้นมาตามลำดับ