แบบฟอร์มลงทะเบียน โครงการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน

วันที่ 25 - 29 มิถุนายน 2561

1. **ชื่อ-นามสกุล**.....

2. **ตำแหน่ง**.....

3. **เลขที่ใบอนุญาตใบประกอบวิชาชีพ**.....

4. **สถานที่ปฏิบัติงาน**.....

   .....

5. **โทรศัพท์ที่ทำงาน**.....**โทรศัพท์มือถือ**.....

6. **E.mail :** .....

7. **ต้องการให้จัดอาหารต่อไปนี้** ☐ **อาหารไทย** ☐ **อิสลาม** ☐ **อื่นๆ (ระบุ)** .....

8. **การชำระเงิน**

   - ค่าลงทะเบียน คนละ 3,500 บาท (หมดเขตรับสมัคร วันที่ 23 พฤษภาคม 2561)
   - ชำระเงินโดยการโอนเข้าบัญชี พร้อมส่งหลักฐานการโอนเงิน (กรอกแบบฟอร์มลงทะเบียนให้ชัดเจน)

     บัญชี นายชาตรี จุติตรี เลขที่บัญชี 051-243832-5

     ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ สาขา โรงพยาบาลราชวิถี (คณะอนุกรรมการโครงการฯ)
   - กรุณาส่งหลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียนมาที่ **E.mail : chadumdee@gmail.com**
   - ส่งใบสมัครมาที่ **E.mail : chadumdee@gmail.com**

9. **ติดต่อสอบถาม** คุณวิยะดา วัฒนกุล Tel. 089-8864243 **Line ID wi_wiyada**

   คุณชาตรี จุติตรี Tel. 089-7723485, 083-0199516 **Line ID chadumdee2**

   CNEU : อยู่ระหว่างดำเนินการ