



สถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษด้วยการส่องกล้องและรังสีร่วมรักษา
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี

แบบตอบรับเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ปีการศึกษา 2567

วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 - 29 มีนาคม 2567

- ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว.....
- NAME-SURENAME (English) Mr./Mrs./Miss
- อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- เบอร์มือถือ..... LIND ID: E-mail.....
- การเข้ารับการอบรม (หากยืนยันเข้าร่วมการอบรมกรุณาตอบคำถาม ตั้งแต่ข้อ 6 - 9)
 ยืนยันเข้ารับการอบรม วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 - 29 มีนาคม 2567
 ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ เหตุผล.....
- ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ.....
- ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เลขที่
หมดอายุ วันที่.....
- ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร
8.1 สถานที่ปฏิบัติงาน หน่วย/ศูนย์.....โรงพยาบาล.....ชั้น.....
อาคาร.....เลขที่.....หมู่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....
8.2 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....
- การเข้าร่วมอบรมหลักสูตรตั้งแต่ 5 วันขึ้นไป ในปี 2565 - 2566
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้ยืนยัน
(.....)
วันที่.....

หมายเหตุ

กรุณาส่งแบบตอบรับเข้ารับการอบรม ภายในวันที่ 19 มกราคม 2567 E-mail : RJ.endoscopy@gmail.com