



**แบบฟอร์มลงทะเบียน (Registration Form)**

**โครงการฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาลเรื่อง การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทางโรคประสาท**

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ชื่อและคำนำหน้า (Thai): .....

Name & Title (English): .....

อาชีพ (Profession): ..... สาขา (Specialty): .....

ที่ทำงาน (Workplace): .....

ที่อยู่ (Mailing address): .....

.....

.....

รหัสไปรษณีย์ (Postcode): ..... โทรศัพท์ (Tel): ..... โทรสาร (Fax): .....

โทรศัพท์มือถือ (Mobile): ..... อีเมล (E-mail): .....

- อัตราค่าลงทะเบียน  8,000 บาท สำหรับบุคลากร โรงพยาบาลภาครัฐ  
 12,000 บาท สำหรับบุคลากร โรงพยาบาลภาคเอกชน

- ช่วงเวลาที่ต้องการอบรม  รุ่นที่ 1: วันที่ 1 - 31 มีนาคม 2557  
 รุ่นที่ 2: วันที่ 1 - 31 กรกฎาคม 2557

รับสมัคร รุ่นละ 4 คน

**การชำระเงิน**

- โอนเงินเข้าบัญชีชื่อ “หน่วยเงินรายได้ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล” เลขที่บัญชี 016-214940-7 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช

กรุณาส่ง Fax แบบฟอร์มลงทะเบียนและหลักฐานการชำระเงิน มาที่ คุณรานี รัชตามุขยพันธ์ โทรสาร 0-2411-3256

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ .....

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เลขที่ 2 ถนนพราณิก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 ติดต่อ คุณรานี โทรศัพท์: 0-2419-7992 โทรสาร: 02-411-3256 Email: Lrusha2007@gmail.com