ใบสมัครเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี
เรื่อง “เส้นทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด :
Journey for caring patients with cardiovascular disease”
ระหว่างวันที่ ๔ – ๖ มิถุนายน ๒๕๖๒
ณ ห้องประชุมอาคาร ๓ ชั้น ๑ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
****

๑. ชื่อ – สกุล (นาย / นาง / นางสาว)..ตำแหน่ง..
ศิษย์เก่า วพบ. สระบุรี รุ่นที่................................เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (๑๐หลัก)...
สถานที่ปฏิบัติงาน...ตำบล/แขวง............................อำเภอ/เขต..........................
จังหวัด..........................รหัสไปรษณีย์........................ โทรศัพท์มือถือ...
๒. ชื่อ – สกุล (นาย / นาง / นางสาว)..ตำแหน่ง..
ศิษย์เก่า วพบ. สระบุรี รุ่นที่................................เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (๑๐หลัก)...
สถานที่ปฏิบัติงาน...ตำบล/แขวง............................อำเภอ/เขต..........................
จังหวัด..........................รหัสไปรษณีย์........................ โทรศัพท์มือถือ...
๓. ชื่อ – สกุล (นาย / นาง / นางสาว)..ตำแหน่ง..
ศิษย์เก่า วพบ. สระบุรี รุ่นที่................................เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (๑๐หลัก)...
สถานที่ปฏิบัติงาน...ตำบล/แขวง............................อำเภอ/เขต..........................
จังหวัด..........................รหัสไปรษณีย์........................ โทรศัพท์มือถือ...
๔. ชื่อ – สกุล (นาย / นาง / นางสาว)..ตำแหน่ง..
ศิษย์เก่า วพบ. สระบุรี รุ่นที่................................เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (๑๐หลัก)...
สถานที่ปฏิบัติงาน...ตำบล/แขวง............................อำเภอ/เขต..........................
จังหวัด..........................รหัสไปรษณีย์........................ โทรศัพท์มือถือ...
๕. ชื่อ – สกุล (นาย / นาง / นางสาว)..ตำแหน่ง..
ศิษย์เก่า วพบ. สระบุรี รุ่นที่................................เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (๑๐หลัก)...
สถานที่ปฏิบัติงาน...ตำบล/แขวง............................อำเภอ/เขต..........................
จังหวัด..........................รหัสไปรษณีย์........................ โทรศัพท์มือถือ...

โปรดระบุประเภทอาหาร ☐ อิสลาม ☐ มังสวิรัติ ☐ ธรรมดา ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ............................

ส่งใบสมัครพร้อมชำระเงิน โดย

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาปากเพรียว ชื่อบัญชี “สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เพื่อบริการวิชาการ”เลขที่บัญชี ๒๖๔-๐-๔๖๓๗๘-๐ ส่งสำเนาการโอนเงิน มาที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เลขที่ ๑๘/๖๔ ถ.เทศบาล ๔ ต.ปากเพรียว อ.เมือง จ.สระบุรี ๑๘๐๐๐ โทร ๐๓๖-๒๑๑๙๔๘ Fax ๐๓๖ - ๒๒๒๔๘๐
E – mail : kanyarat@bcns.ac.th หรือ E – mail : kronkamonwan@bcns.ac.th (โปรดเขียนชื่อผู้นำฝากด้วยตัวบรรจง)

******ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด*******

สอบถามรายละเอียดได้ที่

อาจารย์ กันยารัตน์ อุบลวรรณ (๐๙๙-๕๙๖๒๙๓๖) อาจารย์นุสรา นามเดช (๐๘๑-๓๕๖๖๒๒๔)
อาจารย์ปัทมา ผาติภัทรกุล (๐๙๕-๕๑๗๑๑๑๐) คุณกรกมลวรรณ ลาเสือ (๐๙๒-๔๔๕๖๒๓๗)
หรือ ที่งานบริการวิชาการ โทร ๐๓๖-๒๑๑๙๔๘ ต่อ ๑๔๔

ค่าลงทะเบียน

๑.ค่าลงทะเบียนผู้เข้าร่วมประชุม ๑,๕๐๐บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน)
๒.ค่าลงทะเบียน (ศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี) คนละ ๑,๒๐๐ บาท (หนึ่งพันสองบาทถ้วน)