

## ใบสมัครเข้าร่วมการอบรมวิชาการ

The 9<sup>th</sup> Ophthalmic Nurse Day เรื่อง Ophthalmic Nurse 4.0

วันพฤหัสบดีที่ 15 - วันศุกร์ที่ 16 มีนาคม 2561

ณ โรงแรมรามาร์คเดิเนสส์

ชื่อ – นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี

ตำแหน่งปัจจุบัน .....

สถานที่ทำงาน .....

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

เบอร์มือถือ .....

Email Address .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ .....

หมายเหตุ : ใบสมัครส่งมาที่ Fax : 02-986-9212 หรือ Email : tueyecenter@gmail.com

**หมายเหตุ โอนค่าลงทะเบียนได้ที่  
ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน)**

**สาขาธรรมศาสตร์-รังสิต**

**บัญชีเลขที่ 050-2-36714-7**

**ชื่อบัญชี**

**"บัญชีโครงการฝึกอบรมหลักสูตรกา  
รพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาล  
เวชปฏิบัติทางตา"**