

**แบบฟอร์มการลงทะเบียน**  
**การอบรมฟื้นฟูวิชาการสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาโรคเบื้องต้น)**  
**วันที่ 19 – 23 มิถุนายน 2560**  
**ณ ห้องประชุม 4 อาคารนวัตกรรม มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์**

รายชื่อผู้ลงทะเบียน (กรุณาเขียนชื่อ-นามสกุล หรือ พิมพ์ ให้อ่านได้อย่างชัดเจน)

ชื่อ-นามสกุล	เลขที่ใบอนุญาตฯ	ค่าลงทะเบียน (บาท)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
	รวมเป็นเงิน (บาท)	

หมายเหตุ ลงทะเบียนคนละ 4,500 บาท

อาหาร  ปกติ  มุสลิม  มังสวิรัต  ข้อจำกัดอื่น ระบุ.....

ออกใบเสร็จ ในนาม  หน่วยงาน  บุคคล (ตามชื่อข้างต้นเป็นรายบุคคล)

ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

มือถือ..... (ผู้ประสานงาน) โทรสาร.....

วิธีการชำระค่าลงทะเบียน โปรดชำระเงินล่วงหน้า ภายในวันที่ **10 มิถุนายน 2560**

- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาท่าศาลา  
 เลขที่ 828-1-14776-8 ชื่อบัญชี “มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์”

**หมายเหตุ:** 1. โปรดส่งสำเนาการชำระค่าลงทะเบียนและแบบฟอร์มการลงทะเบียน ไปยัง

คุณรัตนกร บุญกลาง ทางโทรสาร 0-7567-2103 หรือ e-mail : mchompoo47@gmail.com

2. การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อชำระเงินเรียบร้อยแล้ว และขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงิน

ค่าลงทะเบียน

\*\* หากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อ : คุณรัตนกร บุญกลาง โทร 0-7567-2101 มือถือ 0-89-441-3317

\*\* สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้จาก <http://nurse.wu.ac.th>