

## แบบฟอร์มการลงทะเบียน

การประชุมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพการคิดอย่างมีเหตุผลเชิงคลินิก รุ่นที่ 5

วันที่ 25-27 มีนาคม 2563 ณ ห้องประชุม 4 อาคารนวัตกรรมฯ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

รายชื่อผู้ลงทะเบียน (กรุณาเขียนชื่อ-นามสกุลให้อ่านได้อย่างชัดเจน)

1.ชื่อ-นามสกุล..... แผนก/หอผู้ป่วย.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

2.ชื่อ-นามสกุล..... แผนก/หอผู้ป่วย.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

3.ชื่อ-นามสกุล..... แผนก/หอผู้ป่วย.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

อาหาร  ปกติ  มุสลิม  มังสวิรัต  ข้อจำกัดอื่น ระบุ.....

ออกใบเสร็จในนาม.....

สถานที่.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....

ค่าลงทะเบียน 2,500 บาท / คน จำนวน.....คน รวมเป็นเงิน.....บาท

วิธีการชำระค่าลงทะเบียน โปรดชำระเงินล่วงหน้า ภายในวันที่ 13 มีนาคม 2563

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ออมสิน สาขาท่าศาลา เลขที่ 020256088327

ชื่อบัญชี “บริการวิชาการ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์”

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร / ผู้ดำเนินการ

วันที่ ..... / ..... / .....

**หมายเหตุ:** 1.โปรดส่งสำเนาการชำระค่าลงทะเบียนและแบบฟอร์มการลงทะเบียน ไปยัง คุณรัตนากร บุญกลาง

ทางโทรสาร 0-7567-2103 หรือ e-mail : [mchompoo47@gmail.com](mailto:mchompoo47@gmail.com)

2.การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อชำระเงินเรียบร้อยแล้ว และขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าลงทะเบียน

**แนะนำที่พัก :** โรงแรมเรือนวลัย อยู่ภายในมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ห้องคู่/เดี่ยว คืนละ 600 บาท

**รวมอาหารเช้า** โทร 075-523005 ต่อ 6101 หรือ 083-8538854

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ : อาจารย์ ดร.เจนเนตร พลเพชร โทรศัพท์ 0-95-773-0525

คุณรัตนากร บุญกลาง โทร 0-7567-2101 มือถือ 0-89-441-3317