



**ใบสมัครโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ**  
**เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำแบบสมบูรณ์”**  
**(TPN Patient Care Workshop)**

วันที่ 1 – 3 กรกฎาคม 2552

ณ ห้องประชุมมรุสุวรรณ ชั้น 5 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ถ.ราชวิถี กรุงเทพมหานคร

โปรดกรอกข้อมูลส่วนตัวของท่านตามรายละเอียดข้างล่างนี้ (กรุณาพิมพ์หรือเขียนตัวบรรจง)

1. ชื่อ-นามสกุล..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....  
 นักวิชาการ       อาจารย์       นักศึกษา
2. ลักษณะงานที่ทำ.....
3. ที่อยู่ทำงานสังกัดหน่วยงาน ..... หมู่ที่.....  
 ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....  
 E-mail address.....
4. ประเภทของอาหาร     ตามที่คณะฯ จัดให้     อาหารอิสลาม     มังสวิรัติ
5. สามารถเข้าร่วมโครงการ     วันที่ 1 ก.ค. 2552     วันที่ 2 ก.ค. 2552     วันที่ 3 ก.ค. 2552  
 วันที่ 1 - 3 ก.ค. 2552

**สำหรับเกษตรกรที่เข้าร่วมประชุมครบ 3 วัน**  
**จะได้รับหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ 16.25 หน่วยกิต**

**หากท่านใดที่สมัครเข้าร่วมโครงการแล้ว โปรดยืนยันการเข้าร่วมประชุม อีกครั้ง และ หากไม่สามารถเข้าร่วมได้ โปรดแจ้งผู้จัดให้ทราบล่วงหน้าภายในวันที่ 26 มิถุนายน 2552**

ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

**(โปรดส่งใบสมัครมาที่ คุณกัลยา อรวิเชียร โทรศัพท์ 0-3425-5803**  
**โทรสาร 0-3425-0941 กำหนดส่งใบสมัครภายในวันที่ 25 พฤษภาคม 2552)**