



บริษัท บางกอก เมดิคอล ซอฟต์แวร์ จำกัด
 เลขที่ 2 ชั้น 2 ซ.สุขสวัสดิ์ 33 แขวง/เขต ราษฎร์บูรณะ กรุงเทพมหานคร
 โทรศัพท์ 0-2427-9991 โทรสาร 0-2873-0292
 เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี 0105548152334

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรประจำปี 2560

หลักสูตร _____ วันที่ _____

กรุณากรอกข้อมูลให้ชัดเจนและครบถ้วน ด้วยลายมือบรรจง เพื่อความถูกต้องในการออกใบเสร็จและการติดต่อกลับ

โรงพยาบาล _____ เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน _____

ชื่อ-นามสกุล ผู้ดูแลระบบ _____ เบอร์โทรศัพท์ผู้ประสานงาน _____

อีเมล _____ ปีที่เริ่มใช้โปรแกรม HOSxP พ.ศ. _____

รายละเอียดผู้เข้ารับการอบรม

ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน	หมายเลขโทรศัพท์/E-mail
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

อาหาร : สากล _____ ที่ อิสลาม _____ ที่
 ท่านทราบข่าวการสมัครอบรมจากที่ใด Website จดหมาย Facebook Team อื่นๆ(ระบุ) _____

โอนเงินผ่าน : ธนาคารกสิกรไทย ชื่อบัญชี บ.บางกอก เมดิคอล ซอฟต์แวร์ จำกัด สาขาบางปะกอก บัญชีออมทรัพย์
 เลขที่บัญชี 079-2-15318-8

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ _____

การชำระเงิน : วันที่ต้องการชำระเงิน(แจ้ง) _____

หมายเหตุ : ช่องทางการส่งใบสมัครและหลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียน กรุณาส่งกลับมาที่
 E-mail : bms-training@hotmail.com ทางบริษัทฯจะติดต่อกลับทันทีเมื่อได้รับอีเมลของท่าน

: กรณีผู้สมัครไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ กรุณาแจ้งยกเลิกล่วงหน้าก่อนวันอบรมอย่างน้อย
1 สัปดาห์ มิฉะนั้นทางบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าลงทะเบียน

ผู้รับผิดชอบการอบรม : คุณปณญาพร มิลินதாகาศ (แมงมุม) เบอร์ติดต่อ 086-312-7346

สำหรับเจ้าหน้าที่ BMS : ประสานงานแล้ว ตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว อื่นๆ _____

ชำระเงินค่าลงทะเบียนจริงวันที่ _____