



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 2562

หลักสูตร \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

กรุณารอกข้อมูลให้ชัดเจนและครบถ้วน 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](mailto:bms-training@hotmail.com) ทางบริษัทฯ จะติดต่อกลับทันที  
 เมื่อได้รับอีเมลเรียบร้อยแล้ว

: กรณีผู้สมัครไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ กรุณาแจ้งยกเลิกล่วงหน้าก่อนวันอบรมอย่างน้อย  
1 สัปดาห์ มิฉะนั้นทางบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าลงทะเบียน

ผู้รับผิดชอบการอบรม : คุณปณณฎาพร มลิณฑากาศ (แมงมุม) เบอร์ติดต่อ 086-312-7346

สำหรับเจ้าหน้าที่ BMS :  ประสานงานแล้ว  ตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว  อื่นๆ \_\_\_\_\_

ชำระเงินค่าลงทะเบียนจริงวันที่ \_\_\_\_\_