



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

## ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตร

กรุณารอกข้อมูลให้ชัดเจนและครบถ้วน ด้วยลายมือบรรจง เพื่อความถูกต้องในการออกใบเสร็จและการติดต่อกลับ  
หลักสูตรอบรม \_\_\_\_\_

วันที่อบรม \_\_\_\_\_

โรงพยาบาล \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน \_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุล ผู้ดูแลระบบ \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ผู้ประสานงาน \_\_\_\_\_

อีเมล \_\_\_\_\_ ปีที่เริ่มใช้โปรแกรม HOSxP พ.ศ. \_\_\_\_\_

### รายละเอียดผู้เข้ารับการอบรม

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

อาหาร :  สากล \_\_\_\_\_ ที่  อิสลาม \_\_\_\_\_ ที่

โอนเงินผ่าน : ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี บริษัท บางกอก เมดิคอล ซอฟต์แวร์ จำกัด บัญชีออมทรัพย์  
เลขที่บัญชี 173-0-02984-1

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ \_\_\_\_\_

การชำระเงิน : วันที่ต้องการชำระเงิน(แจ้ง) \_\_\_\_\_

หมายเหตุ : ช่องทางการส่งใบสมัครและหลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียน กรุณาส่งกลับมาที่

E-mail : [bms-training@hotmail.com](mailto:bms-training@hotmail.com) ทางบริษัทฯ จะติดต่อกลับทันทีเมื่อได้รับอีเมลเรียบร้อยแล้ว

: กรณีผู้สมัครไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ กรุณาแจ้งยกเลิกล่วงหน้าก่อนวันอบรมอย่างน้อย 1 สัปดาห์  
มิฉะนั้นทางบริษัท ฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าลงทะเบียน

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

สำหรับเจ้าหน้าที่ BMS :  ประสานงานแล้ว  ตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว ชำระเงินค่าลงทะเบียนจริงวันที่ \_\_\_\_\_