



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 เพื่อความถูกต้องในการออกใบเสร็จและการติดต่อกับ
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 ทางบริษัทฯ จะติดต่อกลับทันทีเมื่อได้รับอีเมลเรียบร้อยแล้ว

: กรณีผู้สมัครไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ กรุณาแจ้งยกเลิกล่วงหน้าก่อนวันอบรมอย่างน้อย 1 สัปดาห์
มิฉะนั้นทางบริษัท ฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าลงทะเบียน

ผู้รับผิดชอบการอบรม : คุณปยุตญาพร มิลินทากาศ (แมงมุม) เบอร์ติดต่อ 086-312-7346

สำหรับเจ้าหน้าที่ BMS : ประสานงานแล้ว ตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว ชำระเงินค่าลงทะเบียนจริงวันที่ _____