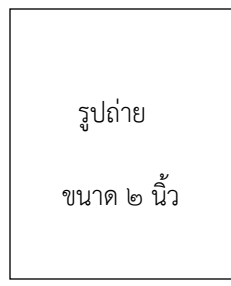


ใบสมัครเข้าอบรมหลักสูตร “แพทย์ฝังเข็ม รุ่นที่ ๓๓”
ระหว่างวันที่ ๒ มีนาคม – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข



๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว นามสกุล
๒. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)
๓. วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ
๔. สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ปี พ.ศ.มหาวิทยาลัย.....
๕. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เมื่อปี พ.ศ. เลขที่ใบอนุญาต
๖. ท่านเคยเข้ารับการอบรมแพทย์เฉพาะทางมาก่อนหรือไม่
 ไม่เคย เคย (โปรดระบุสาขาวิชา) พ.ศ..... เลขที่วุฒิปัตร.....
๗. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง
๘. สถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มงาน/แผนก/กอง
- ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
- จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
- โทรสาร E – Mail address.....
๙. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ชื่อหมู่บ้าน/อาคาร.....
- ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
- จังหวัด รหัสไปรษณีย์ มือถือ
- โทรศัพท์ โทรสาร
- สถานที่ติดต่อได้สะดวก สถานที่ปฏิบัติงาน ที่อยู่ปัจจุบัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะสามารถเข้าอบรมได้ตลอดหลักสูตร ทั้งในการฝึกอบรมภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในประเทศ ตลอดจนภาคศึกษาดูงาน ณ สาธารณรัฐประชาชนจีน (โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง) ตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่ เดือน พ.ศ.

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (เฉพาะผู้สมัครที่เป็นข้าราชการ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า สามารถเข้าอบรมได้ตลอด
หลักสูตร ทั้งในการฝึกอบรมภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในประเทศ ตลอดจนภาคศึกษาดูงาน ณ สาธารณรัฐ
ประชาชนจีน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ :

๑. โปรดส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการสมัคร มาที่ศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย-จีน กอง
การแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข โทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๗๗
หรือสแกนเอกสารส่งที่อีเมล thaichinesemedicine@gmail.com

๒. เอกสารประกอบการสมัคร ได้แก่

๒.๑) สำเนาบัตรประชาชน

๒.๒) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

โดยลงชื่อรับรองสำเนาด้วยทุกฉบับ

๓. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย-จีน กองการแพทย์ทางเลือก กรมการ
แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๖ ๕๖๗๖ หรือดูรายละเอียดที่
เว็บไซต์ www.thaicam.go.th และ <http://tcm.dtam.moph.go.th/>