

หลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียนการอบรมหลักสูตรแพทย์ฝังเข็ม (๓ เดือน)

รุ่นที่ ๓๓ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ระหว่างวันที่ ๒ มีนาคม - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑

กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....

วันที่โอนเงิน.....เดือน.....ปี.....เวลา.....น.

ชื่อธนาคาร.....สาขา.....

ติดหลักฐานการโอนเงิน

หมายเหตุ : ส่งหลักฐานการโอนเงินมาที่ หมายเลขโทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๗๗ หรือสแกนเอกสารส่งทาง  
อีเมลล์ [thaichinesemedicine@gmail.com](mailto:thaichinesemedicine@gmail.com)