

ใบสมัครเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ  
เรื่อง “การฝังเข็มรักษาโรคหลอดเลือดสมอง”  
ระหว่างวันที่ ๒๖ - ๒๘ เมษายน และ ๒ - ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๐  
ณ ห้องประชุมชั้น ๗ คลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนหัวเดียว  
ป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร

\*\*\*\*\*

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง .....

แพทย์แผนปัจจุบัน / แพทย์ฝังเข็ม

แพทย์จีน

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ .....

สาขาเฉพาะทางที่จบ.....

สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่.....

.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address.....

ขอสมัครเข้ารับการอบรม

รุ่นที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๒๖ - ๒๘ เมษายน ๒๕๖๐

รุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๐

หมายเหตุ โปรดส่งสมัครเข้ารับการอบรม กลับยังสถาบันการแพทย์ไทย-จีน

ที่หมายเลขโทรสาร ๐๒-๑๕๙-๕๖๗๗ หรือ e-mail ที่ [thaichinesemedicine@gmail.com](mailto:thaichinesemedicine@gmail.com)

ภายในวันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๐ หากมีข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อ

นางสาววลัยลักษณ์ ดุริยะศรีไพโร โทร ๐๒-๑๕๙-๕๖๗๖, ๐๙๕-๕๐๕-๕๖๗๘

email address : [aumio1975@hotmail.com](mailto:aumio1975@hotmail.com)