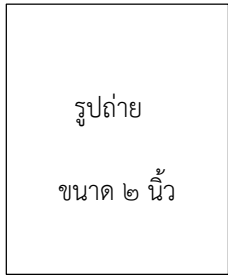


ใบสมัครเข้าฝึกอบรมหลักสูตร “แพทย์ฝังเข็ม รุ่นที่ ๓๗”
ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข



๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว นามสกุล
๒. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)
๓. วัน/เดือน/ปีเกิดอายุ
๔. สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ปี พ.ศ.มหาวิทยาลัย.....
๕. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เมื่อปี พ.ศ. เลขที่ใบอนุญาต
๖. ได้รับวุฒิปัตรีหรืออนุปัตรี สาขา (โปรดระบุสาขาวิชา).....
ปี พ.ศ.....เลขที่วุฒิปัตรี.....
๗. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง
๘. สถานที่ปฏิบัติงานถนนแขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอจังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....
โทรสาร มือถือ.....E – Mail address.....
๙. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ชื่อหมู่บ้าน/อาคาร.....
ถนน.....แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ มือถือ
โทรศัพท์ โทรสาร
- สถานที่ติดต่อได้สะดวก สถานที่ปฏิบัติงาน ที่อยู่ปัจจุบัน
- ๑๐.อาหาร ธรรมดา อิสลาม อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะสามารถเข้าอบรมได้ตลอดหลักสูตร ทั้งในการฝึกอบรมภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในประเทศ ตลอดจนภาคศึกษาดูงาน ณ สาธารณรัฐประชาชนจีน ตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่ เดือน พ.ศ.

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (เฉพาะผู้สมัครที่เป็นข้าราชการ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า สามารถเข้าอบรมได้ตลอดหลักสูตร
ทั้งในการฝึกอบรมภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในประเทศ ตลอดจนภาคศึกษาดูงาน ณ สาธารณรัฐประชาชนจีน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ :

๑. โปรดส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการสมัคร มาที่

สถาบันการแพทย์ไทย-จีน

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุข

หรือสแกนเอกสารส่งที่อีเมล thaichinesemedicine@gmail.com

๒. เอกสารประกอบการสมัคร ได้แก่

๒.๑) สำเนาบัตรประชาชน

๒.๒) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

โดยลงชื่อรับรองสำเนาทุกฉบับ

๓. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

นางวรรณ เจริญสุวรรณ สถาบันการแพทย์ไทย-จีน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๗๖ มือถือ ๐๘ ๕๖๘๐ ๑๖๗๗ หรือดูรายละเอียดได้ที่

เว็บไซต์ <http://tcm.dtam.moph.go.th/>
