



ติดรูป
๒ นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการอบรม
หลักสูตรการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย
ของสภาการแพทย์แผนไทย ณ โรงแรมบรรจงบุรี จังหวัด สุราษฎร์ธานี

ขอความกรุณา โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... ชื่อสกุล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
๒. วัน เดือน ปีเกิด..... อายุ..... ปี..... เดือน.....
๓. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....
อีเมล.....

๔. สถานที่ปฏิบัติงาน

- สถานพยาบาล ชื่อ..... จังหวัด.....
เลขที่ใบประกอบกิจการ..... เลขที่ใบดำเนินการสถานพยาบาล.....

๕. กรุณาทำเครื่องหมาย อาหารที่รับประทานลงในช่องว่าง

- ทั่วไป มังสวิรัติ อิสลาม

๖. หลักฐานที่ใช้ในการสมัครอบรม

- ๖.๑ รูปถ่าย ๒ นิ้ว ๒ รูป (ติดใบสมัคร ๑ รูป)
๖.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๖.๓ สำเนาใบประกอบกิจการและใบดำเนินการสถานพยาบาล เอกชน
๖.๔ สำเนาใบประกอบวิชาชีพ
 การแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย เลขที่
 การแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่
 หมอพื้นบ้าน หนังสือรับรอง เลขที่
๖.๕ ใบรับรองการปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ เอกชน สถาบันการศึกษาหรือสถานพยาบาล
ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์
๖.๖ หลักฐานการโอนเงิน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่สมัคร เดือน พ.ศ.

ผู้สมัครลงทะเบียนอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาจะต้องดำเนินการตามขั้นตอน ที่กำหนด ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ ๑ กรอกใบสมัครให้ครบถ้วน พร้อมแนบเอกสารที่ใช้ในการสมัครอบรม

ขั้นตอนที่ ๒ ผู้สมัครโอนเงินค่าสมัครผ่านธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี ๑๔๒-๐-๑๗๕๓๘-๖

ชื่อบัญชี สภากาการแพทย์แผนไทย ประเภทออมทรัพย์

ขั้นตอนที่ ๓ การส่งเอกสารใบสมัคร ให้ผู้สมัครอบรมส่งเอกสารการสมัครได้ทั้ง ๒ ช่องทาง

ช่องทางที่ ๑. ไปรษณีย์ลงทะเบียนด่วนพิเศษ EMS

การอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

สำนักงานสภากาการแพทย์แผนไทย อาคาร ๑ ชั้น ๔ กรมการแพทย์แผนไทย อาคาร ๑
ชั้น ๔ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ช่องทางที่ ๒. ส่งใบสมัครและเอกสารที่ใช้ในการสมัครอบรมได้ที่ อีเมล thaimed235@gmail.com