

รับสมัครทันตแพทย์เข้ารับการอบรม หลักสูตรการฝังเข็มสำหรับทันตแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๓

๑. คุณสมบัติ

ผู้สำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ที่ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมจากทันตแพทยสภา ทั้งภาครัฐและเอกชน

๒. จำนวน ไม่น้อยกว่า ๒๕ คน

๓. ระยะเวลาการจัดอบรม ระหว่างวันที่ ๑๑ พฤษภาคม – ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓

๔. สถานที่

ภาคทฤษฎีจัดอบรม ณ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข และภาคปฏิบัติตามสถานที่ที่ได้กำหนดไว้

๕. ระยะเวลาการรับสมัคร

๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ – ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓

๖. ประกาศผลการรับสมัคร

<http://www.thaicam.go.th> ภายในวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๓

๗. การชำระเงิน

โอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข – ติวานนท์

ชื่อบัญชี “แพทยสมาคมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน”

เลขที่บัญชี ๑๔๒ - ๐ - ๑๘๔๕๕-๕

๘. ผู้ประสานงาน

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

นายศักดิ์ชัย ศิริบรรลือชัย

นางสาวพรกมล ยั่งดี

โทร. ๐ ๒๕๙๑ ๗๐๐๗ ต่อ ๒๗๐๒

โทร. ๐ ๒๕๙๑ ๗๐๐๗ ต่อ ๒๖๐๑

โทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๓๗

โทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๓๗

โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๖๗๘๗ ๒๑๙๘

โทรศัพท์มือถือ ๐๘๙ ๕๙๓๔๔๓๙

รูปถ่าย
ขนาด
1 นิ้ว



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine



ใบสมัครเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการฝังเข็มสำหรับทันตแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๓

ระหว่างวันที่ ๑๑ พฤษภาคม - ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓

ภาคทฤษฎีจัดอบรม ณ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
และภาคปฏิบัติตามสถานที่ที่ได้กำหนดไว้

โปรดกรอรายละเอียดให้ชัดเจน

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล
๒. สำเร็จการศึกษาระดับ พ.ศ. สถาบันที่จบการศึกษา
๓. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่ พ.ศ.
๔. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง
๕. สังกัด จังหวัด
๖. สถานที่ติดต่อได้สะดวก ที่ทำงาน ที่บ้าน เลขที่ ถนน
๗. ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
๘. โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ
๙. โทรสาร E - mail
๑๐. การรับประทานอาหาร อาหารทั่วไป อาหารอิสลาม มังสวิรัติ อื่นๆ
๑๑. ท่านรับทราบข้อมูลจาก เว็บไซต์ หนังสือแจ้งประชาสัมพันธ์ อื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า จะสามารถเข้าอบรมได้ตลอดหลักสูตร ทั้งในการฝึกอบรมภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในประเทศ ตลอดจนภาคศึกษาดูงาน ณ สาธารณรัฐประชาชนจีน (โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง) ตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

หลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียนนอบบรมหลักสูตรการฝังเข็มสำหรับทันตแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๓

ระหว่างวันที่ ๑๑ พฤษภาคม - ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓

ชื่อบัญชี “แพทยสมาคมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน”

ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข - ดิوانนท์

เลขที่บัญชี ๑๔๒ - ๐ - ๑๘๔๕๕-๕

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว นามสกุล

หน่วยงาน จังหวัด

วันที่โอนเงิน เดือน พ.ศ. เวลา น.

ชื่อธนาคาร สาขา.....

ติดหลักฐานการโอนเงิน

หมายเหตุ : ส่งหลักฐานการโอนเงิน โดยสแกนเอกสารส่งทางอีเมล : tong.renovatio@gmail.com