



ติดรูป
๑ นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการอบรมครูตอกเส้น

ขอความกรุณา โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... ชื่อสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

๒. วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี

๓. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ.....

อีเมล.....

๔. สถานที่ปฏิบัติงาน

☐ ชื่อ.....จังหวัด.....

๕. กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ อาหารที่รับประทานลงในช่องว่าง

☐ ทั่วไป ☐ มังสวิรัต ☐ อิสลาม

๖. หลักฐานที่ใช้ในการสมัครอบรม

๖.๑ ใบสมัครอบรมครูตอกเส้น พร้อมติดภาพถ่ายสีหน้าตรง ท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตา
ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ ภาพ (ไม่ใช่ภาพถ่ายชนิดโพลาลอยด์)

๖.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้อง)

๖.๓ สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเป็นครูแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยหรือด้านการนวดไทย

☐ หนังสือสำคัญแสดงการเป็นครูแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทย เลขที่

☐ หนังสือสำคัญแสดงการเป็นครูแพทย์แผนไทย ด้านการนวดไทย เลขที่

๖.๕ หนังสือรับรองประสบการณ์การตอกเส้นจากหัวหน้าสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภากาชาดไทย
ไทยรับรอง

๖.๖ ภาพถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตา ถ่ายไม่เกินหกเดือน ขนาด ๑ นิ้ว (จำนวน ๒ ภาพ)

๖.๗ หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียมการสมัคร

๖.๘ สำเนาหลักฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว-ชื่อสกุล, ทะเบียนสมรส
หนังสือแต่งตั้งยศ เป็นต้น (รับรองสำเนาถูกต้อง)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่สมัคร เดือน พ.ศ.

ผู้สมัครลงทะเบียนอบรมครูตอกเส้นจะต้องดำเนินการตามขั้นตอน ที่กำหนด ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ ๑ กรอกใบสมัครให้ครบถ้วน พร้อมแนบเอกสารที่ใช้ในการสมัครอบรม

ขั้นตอนที่ ๒ ผู้สมัครโอนเงินค่าสมัครผ่านธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี ๑๔๒-๖-๐๒๐๑๑-๒

ชื่อบัญชี สภาการแพทย์แผนไทยเพิ่มพูนทักษะ ประเพณีกระแสน้ำวัน

ขั้นตอนที่ ๓ การส่งเอกสารใบสมัคร ให้ผู้สมัครอบรมส่งเอกสารการสมัครได้ทั้ง ๓ ช่องทาง

ช่องทางที่ ๑. ไปรษณีย์ลงทะเบียนด่วนพิเศษ EMS

การอบรมครูตอกเส้น

สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย

อาคาร ๑ ชั้น ๔ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ช่องทางที่ ๒. ส่งใบสมัครได้ด้วยตนเองที่สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย

ช่องทางที่ ๓. ส่งใบสมัครได้ทางอีเมล thaimed.training2563@gmail.com (รูปถ่ายนำมาส่งวันที่เข้ารับการอบรม)