



ติดรูป
๒ นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการอบรม
หลักสูตรการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่

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. ผู้เข้าอบรมประสงค์เลือกรุ่นการอบรม โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

รุ่นที่ ๑ วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๒ รุ่นที่ ๒ วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๒

๖. กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ อาหารที่รับประทานลงในช่องว่าง

ทั่วไป มังสวิรัติ อิสลาม

๗. หลักฐานที่ใช้ในการสมัครอบรม

๗.๑ รูปถ่าย ๒ นิ้ว ๒ รูป (ติดใบสมัคร ๑ รูป)

๗.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๗.๓ สำเนาใบประกอบกิจการและใบดำเนินการสถานพยาบาล

๗.๔ สำเนาใบประกอบวิชาชีพ

การแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย เลขที่

การแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่

หมอพื้นบ้าน หนังสือรับรอง เลขที่

๗.๕ หลักฐานการโอนเงิน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่สมัคร เดือน พ.ศ.

ผู้สมัครลงทะเบียนอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาจะต้องดำเนินการตามขั้นตอน ที่กำหนด ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ ๑ กรอกใบสมัครให้ครบถ้วน พร้อมแนบเอกสารที่ใช้ในการสมัครอบรม

ขั้นตอนที่ ๒ ผู้สมัครโอนเงินค่าสมัครผ่านธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี ๑๔๒-๐-๑๗๕๓๘-๖
ชื่อบัญชี สภากาชาดไทย ประเวศทอมทรัพย์

ขั้นตอนที่ ๓ การส่งเอกสารใบสมัคร ให้ผู้สมัครอบรมส่งเอกสารการสมัครได้ทั้ง ๒ ช่องทาง

ช่องทางที่ ๑. ไปรษณีย์ลงทะเบียนด่วนพิเศษ EMS

การอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

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

ช่องทางที่ ๒. ส่งใบสมัครและเอกสารที่ใช้ในการสมัครอบรมได้ที่ อีเมล thaimed235@gmail.com