



ติดรูป
๒ นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการอบรม
หลักสูตรการอบรมการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่
ในวันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๒

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

๖.๔ สำเนาใบประกอบวิชาชีพ

- การแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย เลขที่
- การแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่
- หมอพื้นบ้าน หนังสือรับรอง เลขที่

๖.๕ 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 ประเภทออมทรัพย์

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