



ติดรูป  
๒ นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการอบรม  
การบูรณาการองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบันเกี่ยวกับร่างกายมนุษย์

ขอความกรุณา โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน

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

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

๒. วัน เดือน ปีเกิด..... อายุ..... ปี..... เดือน.....

๓. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ.....

อีเมล.....

๔. สถานที่ปฏิบัติงาน/สถาบันการศึกษา

ชื่อ..... จังหวัด.....

๕. ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์

ด้านเวชกรรมไทย เลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....

ด้านเภสัชกรรมไทย เลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....

ด้านการผดุงครรภ์ไทย เลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....

ด้านการนวดไทย เลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....

การแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....

๖. ผู้เข้าอบรมประสงค์เลือกรุ่นการอบรม โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่องว่าง

รุ่นที่ ๑ ในวันที่ ๓ - ๔ ตุลาคม ๒๕๖๓

รุ่นที่ ๒ ในวันที่ ๑๗ - ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๓

รุ่นที่ ๓ ในวันที่ ๗ - ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

รุ่นที่ ๔ ในวันที่ ๒๑ - ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

๗. กรุณาทำเครื่องหมาย  อาหารที่รับประทานลงในช่องว่าง

ทั่วไป  มังสวิรัติ  อิสลาม

๘. หลักฐานที่ใช้ในการสมัครอบรม

๘.๑ รูปถ่าย ๒ นิ้ว ๒ รูป (ติดใบสมัคร ๑ รูป)

๘.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๘.๓ หลักฐานการเงิน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่สมัคร ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ผู้สมัครลงทะเบียนอบรมการบูรณาการองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบันเกี่ยวกับร่างกายมนุษย์ จะต้องดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด ดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ ๑** กรอกใบสมัครให้ครบถ้วน พร้อมแนบเอกสารที่ใช้ในการสมัครอบรม

**ขั้นตอนที่ ๒** ผู้สมัครโอนเงินค่าสมัครผ่านธนาคารกรุงไทย เลขที่ ๑๔๒-๖-๐๒๐๑๑-๒

ชื่อบัญชี สภากาการแพทย์แผนไทย (เพิ่มพูนทักษะ) ประเภทกระแสรายวัน

**ขั้นตอนที่ ๓** การส่งเอกสารใบสมัคร ให้ผู้สมัครอบรมส่งเอกสารการสมัครได้ทั้ง ๓ ช่องทาง

**ช่องทางที่ ๑.** ไปรษณีย์ลงทะเบียนด่วนพิเศษ EMS

ประธานคณะกรรมการจัดฝึกอบรมพัฒนาศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทย  
(สมัครอบรมการบูรณาการองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบันเกี่ยวกับ  
ร่างกายมนุษย์)

สำนักงานสภากาการแพทย์แผนไทย อาคาร ๑ ชั้น ๔

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

**ช่องทางที่ ๒.** ส่งใบสมัครและเอกสารที่ใช้ในการสมัครอบรมได้ที่ อีเมล [thaimed.training2563@gmail.com](mailto:thaimed.training2563@gmail.com)

(ตัวจริงจะต้องถือมาส่งในวันที่มาอบรมที่จุดลงทะเบียน)

**ช่องทางที่ ๓.** ส่งใบสมัครได้ด้วยตนเองที่สำนักงานสภากาการแพทย์แผนไทย