

เปิดรับสมัครหลักสูตร อบรมแพทย์ฝังเข็ม รุ่นที่ 13

โรงเรียนเสนารักษ์ กรมแพทย์ทหารบก ร่วมกับมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเทียนจิน และคลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีน หัวเฉียว จะเปิดการอบรมหลักสูตรแพทย์ฝังเข็ม รุ่นที่ 13 สำหรับแพทย์ทหารในสังกัดกระทรวงกลาโหม ตลอดจนแพทย์จากหน่วยงานอื่นที่สนใจ ระหว่างวันที่ 11 ธันวาคม 2561 ถึง วันที่ 10 มีนาคม 2562 สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ พ.อ.หญิง เสาวลักษณ์ แสงสง่า อาจารย์หัวหน้า โรงเรียนเสนารักษ์ กรมแพทย์ทหารบก โทร. ๐-๒๓๕๔-๔๔๔๒ มือถือ ๐๘-๑๘๒๐-๔๓๒๐ หรือ www.amed.go.th

รายละเอียดการรับสมัคร

คุณสมบัติ

สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต

จำนวน

แพทย์จากหน่วยงานในสังกัดกองทัพบก หน่วยงานนอกสังกัดกองทัพบก และพลเรือน ๕๐ นาย

ระยะเวลาการอบรม

ระหว่างวันที่ ๑๑ ธ.ค.๖๑ - ๑๐ มี.ค.๖๒

สถานที่

โรงเรียนเสนารักษ์ กรมแพทย์ทหารบก แขวงทุ่งพญาไท เขต ราชเทวี กทม.

ค่าใช้จ่ายในการอบรม

- ค่าราชการ ๕๐,๐๐๐ บาท และเอกชน ๖๐,๐๐๐ บาท

สามารถเบิกค่าลงทะเบียนได้จากหน่วยต้นสังกัดของผู้เข้ารับการอบรม

การดำเนินการ

ระยะเวลารับสมัคร ก.ค.๖๑ - ๓๑ ต.ค.๖๑

ส่งใบสมัคร ประกาศผลการรับสมัคร วันที่ ๙ พ.ย.๖๑

ที่อยู่

กองการศึกษา โรงเรียนเสนารักษ์ กรมแพทย์ทหารบก

ถ.ศรีอยุธยา เขตราชเทวี พญาไท กทม. ๑๐๔๐๐

หรือ e-mail address : edusaenarak@gmail.com หรือ Scan QR code

หรือ <https://goo.gl/forms/VRnbSixDY6vEducA3>

- การประกาศผลการรับสมัครผ่าน www.amed.go.th ภายใน ๑ พ.ย.๖๑

- **การชำระค่าลงทะเบียน (หลังจากได้รับหนังสือตอบรับจาก โรงเรียนเสนารักษ์ฯ แล้ว)**

- โอนเงินค่าลงทะเบียนเข้า ชื่อบัญชี “มูลนิธิกรมแพทย์ทหารบก”

ธนาคารธนชาตจำกัด (มหาชน) สาขาซอยเซ็นจูรี่เดอะมูฟวี่ พลาซ่า บัญชีออมทรัพย์

เลขที่บัญชี ๐๓๔-๒-๐๑๔๔๗-๒ และ Fax. หลักฐานการโอนเงินมาที่

พ.อ.หญิง เสาวลักษณ์ แสงสง่า รร.สร.พบ. หมายเลข Fax. ๐-๒๓๕๔-๔๔๔๓

- สอบถามรายละเอียดได้ที่ พ.อ.หญิง เสาวลักษณ์ แสงสง่า

โทร. ๐๒-๓๕๔-๔๔๔๒ หรือ ๐๘๑-๘๒๐-๔๓๒๐

e-mail address : edusaenarak@gmail.com



๑. ยศ - ชื่อ สกุล นาย / นาง / นางสาว

.....

๒. ยศ - ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ใหญ่)

.....

๓. วัน / เดือน / ปีเกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๔. สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต ปี.....สถาบัน.....

๕. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เมื่อปี พ.ศ.เลขที่ใบอนุญาต.....

๖. เคยได้รับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางมาก่อนหรือไม่

ไม่เคย

เคย สาขาวิชา.....

พ.ศ.เลขที่วุฒิปัตร

๗. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง

.....

๘. สถานที่ปฏิบัติงาน

.....

แขวง / ตำบลอำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๙. สถานที่พัก

บ้านเลขที่.....

แขวง / ตำบลอำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

e-mail address.....

สถานที่ติดต่อได้สะดวก

บ้านพัก

สถานที่ปฏิบัติงาน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าหากได้รับการพิจารณาให้เข้ารับการอบรม

๑. จะปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับของหลักสูตรอย่างเคร่งครัด

๒. จะสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมการอบรมได้ตลอดหลักสูตรทั้งในการฝึกอบรม และฝึกภาคปฏิบัติ

ในประเทศ ตลอดจนการดูงาน ณ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนตามกำหนดไว้ในหลักสูตร

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.