



ใบสมัครเข้าร่วมอบรม หลักสูตรแพทย์ฝังเข็มรุ่นที่ ๑๔

ระยะเวลาการอบรม ๑๓ สัปดาห์ ตั้งแต่ ๖ มกราคม- ๕ เมษายน ๒๕๖๓

โปรดกรอกรายละเอียดให้ชัดเจน

ชื่อ สกุล ภาษาไทย (นาย/นาง/นางสาว).....

ชื่อ สกุล ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่).....

วันเกิด วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

สถาบันที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต.....พ.ศ.....

ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... ปี พ.ศ.

อบรมเฉพาะทางสาขา.....พ.ศ.....เลขที่วุฒิปับตร.....

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....จังหวัด.....

สถานที่ติดต่อได้สะดวก ที่ทำงาน บ้านพัก

เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....

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

โทรศัพท์.....มือถือ.....Email.....

ข้าพเจ้ายอมรับและจะปฏิบัติตามเงื่อนไขของหลักสูตรโดยเคร่งครัด

ลงชื่อ

ตำแหน่ง

*** กรุณาอ่านรายละเอียดการรับสมัคร

ส่งใบสมัคร ที่ edusaenarak@gmail.com หรือ โทรสาร 02-3544443