

แบบแจ้งความประสงค์
เข้ารับการอบรมความรู้การเป็นครูผู้รับมอบตัวศิษย์ประจำปี ๒๕๕๕
(อบรมรุ่นที่ ๒/๒๕๕๕)
(สงวนสิทธิ์เฉพาะผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย
ประเภทที่ได้รับใบอนุญาตไม่น้อยกว่า ๕ ปี)

ข้าพเจ้า ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....
ที่อยู่ปัจจุบัน(สามารถติดต่อได้).....
.....
โทรศัพท..... โทรสาร.....
E-mail Address (ถ้ามี).....

มีความประสงค์ขอขึ้นทะเบียนเป็นครูผู้รับมอบตัวศิษย์สาขาการแพทย์แผนไทย โปรตรระบุประเภท และวันที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ ให้ครบถ้วน

- ประเภทเวชกรรมไทย**
ได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย เมื่อวันที่.....
- ประเภทเภสัชกรรมไทย**
ได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเภสัชกรรมไทย เมื่อวันที่.....
- ประเภทการผดุงครรภ์ไทย**
ได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทการผดุงครรภ์ไทย เมื่อวันที่.....
- ประเภทการนวดไทย**
ได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทการนวดไทย เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งความประสงค์
(.....)

เรียนผู้แจ้งความประสงค์ทุกท่าน โปรดอ่านข้อความด้านล่างนี้เพื่อประโยชน์ของท่าน

กรุณาส่งกลับภายในวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๕๕

ส่งทางไปรษณีย์พับด้านหลังขึ้นไม่ต้องติดแสตมป์ หรือ

ส่งทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๙๗ ต่อ ๓๐๓

- หมายเหตุ** - แบบแจ้งความประสงค์ ยังไม่ใช่ใบสมัครเข้ารับการอบรม
- ข้อมูลแจ้งความประสงค์นี้ จะนำไปกำหนดกลุ่มเป้าหมายและเตรียมโครงการอบรมให้มีความเหมาะสม

บริการธุรกิจตอบรับ

กรุณาส่ง

โครงการอบรมความรู้การเป็นครูผู้รับมอบตัวศิษย์ประจำปี 2555

กลุ่มส่งเสริมและพัฒนาการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและทางเลือก
สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

อาคารคลังพัสดุ ซอยสาธารณสุข 6

ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

11000

ใบอนุญาตเลขที่ ปน(น) /3114 ปณศ.นนทบุรี
ถ้าฝากส่งในประเทศไม่ต้องฉีกตราไปรษณียากร