

รับสมัครแพทย์เข้ารับการฝึกอบรม
หลักสูตรแพทย์ฝังเข็ม รุ่นที่ 34 ปีงบประมาณ 2562

1. คุณสมบัติ

ผู้สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ที่ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา ทั้ง
ภาครัฐและเอกชน

2. จำนวน

40 คน

3. ระยะเวลาการฝึกอบรม

ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 31 พฤษภาคม 2562

4. สถานที่

สถาบันการแพทย์ไทย-จีน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

5. ระยะเวลารับสมัคร

กันยายน – 31 ธันวาคม 2561

6. ประกาศผลการรับสมัคร

ประกาศผลการรับสมัครที่ <http://tcm.dtam.moph.go.th>
วันที่ 11 มกราคม 2562

7. ค่าลงทะเบียน

- หน่วยงานภาครัฐ 50,000 บาท
- หน่วยงานภาคเอกชน 55,000 บาท

8. การชำระเงิน (ภายหลังจากรับการตอบรับจากสถาบันการแพทย์ไทย-จีนเรียบร้อยแล้ว)

โอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์
ชื่อบัญชี “เงินทุนหมุนเวียนเพื่อดำเนินงานมูลนิธิโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ผสมผสาน” เลขที่ 142-0-17367-7

9. ผู้ประสานงาน

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

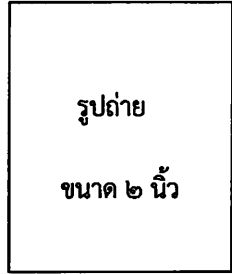
นางวรรณ เอียรสุวรรณ สถาบันการแพทย์ไทย-จีน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

โทร. 0 2149 5676

โทรสาร 0 2149 5677

มือถือ 08 5680 1677

ใบสมัครเข้าอบรมหลักสูตร “แพทย์ฝังเข็ม รุ่นที่ ๓๔”
ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข



๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว นามสกุล
 ๒. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)
 ๓. วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ
 ๔. สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ปี พ.ศ.มหาวิทยาลัย.....
 ๕. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เมื่อปี พ.ศ. เลขที่ใบอนุญาต
 ๖. ท่านเคยเข้ารับการอบรมแพทย์เฉพาะทางมาก่อนหรือไม่
 ไม่เคย เคย (โปรดระบุสาขาวิชา) พ.ศ. เลขที่วุฒิบัตร.....
 ๗. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง
 ๘. สถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มงาน/แผนก/กอง
ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
โทรสาร E – Mail address.....
 ๙. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ชื่อหมู่บ้าน/อาคาร.....
ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ มื่อถือ
โทรศัพท์ โทรสาร
- สถานที่ติดต่อได้สะดวก สถานที่ปฏิบัติงาน ที่อยู่ปัจจุบัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะสามารถเข้าอบรมได้ตลอดหลักสูตร ทั้งในการฝึกอบรมภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในประเทศ ตลอดจนภาคศึกษาดูงาน ณ สาธารณรัฐประชาชนจีน (โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง) ตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (เฉพาะผู้สมัครที่เป็นข้าราชการ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า สามารถเข้าอบรมได้ตลอดหลักสูตร ทั้งในการฝึกอบรมภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในประเทศ ตลอดจนภาคศึกษาดูงาน ณ สาธารณรัฐประชาชนจีน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ :

๑. โปรดส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการสมัคร มาที่สถาบันการแพทย์ไทย-จีน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข โทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๗๗ หรือสแกนเอกสารส่งที่อีเมล thaichinesemedicine@gmail.com

๒. เอกสารประกอบการสมัคร ได้แก่

๒.๑) สำเนาบัตรประชาชน

๒.๒) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

โดยลงชื่อรับรองสำเนาด้วยทุกฉบับ

๓. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่สถาบันการแพทย์ไทย-จีน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๗๖ หรือดูรายละเอียดได้ที่เว็บไซต์ <http://tcm.dtam.moph.go.th/>

หลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียนการอบรมหลักสูตรแพทย์ฝังเข็ม (๓ เดือน)

รุ่นที่ ๓๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์

ชื่อบัญชี “เงินทุนหมุนเวียนเพื่อดำเนินงานมูลนิธิโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ผสมผสาน”

เลขที่ ๑๔๒-๐-๑๗๓๖๗-๗

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....

วันที่โอนเงิน.....เดือน.....ปี.....เวลา.....น.

ชื่อธนาคาร.....สาขา.....

ติดหลักฐานการโอนเงิน

หมายเหตุ : ส่งหลักฐานการโอนเงินมาที่ หมายเลขโทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๗๗ หรือสแกนเอกสารส่งทาง
อีเมลล์ thaichinesemedicine@gmail.com