

แบบตอบรับยืนยันเข้าร่วมการอบรม

“ทักษะพิเศษการฝังเข็มรักษาโรคทางนรีเวชและโรคอ่อนเพลียเรื้อรัง”

วันที่ 3-5 สิงหาคม 2560 ณ ห้องกษัตริย์ศึก2 โรงแรมเดอะทวิน ทาวเวอร์ ถนนรองเมือง

\*\*\*\*\*

คำนำหน้าชื่อ แพทย์จีน/นายแพทย์/แพทย์หญิง/ นาย / นาง / นางสาว / อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ..... นามสกุล .....

(กรุณาเขียนตัวบรรจง เพื่อความถูกต้องในการออกใบเสร็จรับเงินและใบประกาศนียบัตร)

สถานที่ทำงาน

ชื่อหน่วยงาน.....เลขที่..... หมู่ที่/หมู่บ้าน.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

เบอร์มือถือ..... อีเมล.....

สถานที่ที่สะดวกต่อการจัดส่งใบประกาศนียบัตร (กรุณากรอกให้ชัดเจน)

เหมือนสถานที่ทำงาน

ที่อื่น (โปรดระบุ) เลขที่..... หมู่ที่/หมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

ปัจจุบันท่านปฏิบัติหน้าที่ในฐานะ

แพทย์แผนปัจจุบัน/แพทย์ฝังเข็ม (ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....)

แพทย์จีน (ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่.....)

นักศึกษา (โปรดระบุชื่อสถาบันและรหัสนักศึกษา.....)

ขั้นตอนการสมัคร

อัตราค่าลงทะเบียนสำหรับแพทย์แผนปัจจุบัน/แพทย์จีน/บุคลากรทางการแพทย์ คนละ 4,000 บาท

อัตราค่าลงทะเบียนสำหรับนักศึกษา คนละ 2,500 บาท

\*\*นักศึกษาต้องมีหลักฐานสำเนาบัตรนักศึกษาหรือหนังสือออกโดยสถาบันการศึกษารับรองมาด้วย\*\*

การโอนค่าลงทะเบียน ชื่อบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ “คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว”

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา พลับพลาไชย เลขที่บัญชี 057 – 2353 - 117

การส่งหลักฐานการสมัคร ส่งแบบตอบรับยืนยันเข้าร่วมอบรม พร้อมกับ หลักฐานการ โอนเงินมาที่

คลินิกหัวเฉียวฯ เบอร์โทรสาร 02-2231251 หรือ อีเมล huachiewac@gmail.com

\*\*\*\* ติดต่อสอบถาม โทร 02-2231111 ต่อ 509,609 \*\*\*\*