

## ใบสมัครเข้ารับการอบรม

โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ท่านต้องการจะเข้ารับการอบรม

โครงการอบรมนวดไทย หลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๗๒ ชั่วโมง รุ่นที่ ๑๖

โครงการอบรมนวดเท้าเพื่อสุขภาพ หลักสูตร ๖๐ ชั่วโมง รุ่นที่ ๑๗

ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๑๗๐

โทร. ๐๗๕ - ๓๘๙๕๑๑ ต่อ ๒๑๗ , ๐๘๑-๓๐๓๗๐๖๕

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....อายุ.....ปีอาชีวะ.....

เลขบัตรประชาชน --- สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....

ศาสนา.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

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

สถานภาพ ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า ( ) แยก

บิดาชื่อ.....มารดาชื่อ.....

ชื่อผู้ที่ติดต่อได้.....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....

สำเร็จการศึกษาชั้นสูงสุด.....สถาบัน.....ปี พ.ศ.....

ความรู้ความสามารถพิเศษ.....

มีประสบการณ์การทำงาน/อบรม.....

หน่วยงานต้นสังกัดที่รับผิดชอบในการอบรม  หน่วยงานที่รับผิดชอบ.....

ทุนส่วนตัว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วน ตามที่กำหนดและข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งไว้ในใบสมัคร

ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ แล้วข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าสามารถเข้ารับการอบรม ได้ตลอดหลักสูตรการ

อบรม และยินดีปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับ ของผู้จัดการอบรมเพื่อความสงบเรียบร้อย ของสถานที่ฝึกอบรม

ลงชื่อ .....ผู้สมัคร

(.....)

ยื่นใบสมัครวันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

### หลักฐานการสมัคร

ชำระเงินครบ มัดจำ.....บาท

ถ่าย ขนาด๒นิ้ว จำนวน ๓ รูป

สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ ลงชื่อ.....ผู้รับรับสมัคร

สำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ วันที่รับสมัคร.....เดือน.....พ.ศ.....