

ศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทย เขตสุขภาพที่๑๑ โรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๓๘ ๙๕๑๑ ต่อ ๒๑๗ โทรสาร ๐ ๗๕๓๘ ๘๓๘๘

E-mail: huasai_ttm@hotmail.com

เปิดรับสมัครผู้สนใจเข้าอบรมกำหนดรับสมัคร รับจำนวนจำกัด ๔๐ คน

โครงการอบรมหลักสูตรนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ ๖๐ ชั่วโมง รุ่นที่ ๒๔/๒๕๖๕

จัดอบรมระหว่างวันที่ ๒๒ มีนาคม ถึง ๕ เมษายน ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมชั้น๒ อาคารผลิตยาสมุนไพร
โรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

- รายงานตัว และเข้าที่พัก ในวันอังคาร ที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๐๐ -๑๒.๐๐ น.
- ภาคทฤษฎี และปฏิบัติในชั้นเรียน ระหว่างวันที่ ๒๒ มีนาคม ถึงวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๕
- ฝึกภาคปฏิบัติและประเมินผล ระหว่างวันที่ ๒๘ มีนาคม ถึงวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๕

ค่าสนับสนุนโครงการ คนละ ๓,๐๐๐ บาท

สมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๕ พร้อมเงินมัดจำ ๑,๐๐๐ บาท

โครงการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๗๒ ชั่วโมง รุ่นที่ ๒๓/๒๕๖๕

จัดอบรมระหว่างวันที่ วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ถึง ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมชั้น๒ อาคารผลิตยาสมุนไพร
โรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

- รายงานตัว และเข้าที่พัก ในวันอาทิตย์ ที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๐๐ -๑๒.๐๐ น.
- ภาคทฤษฎี และปฏิบัติในชั้นเรียน ณ ห้องประชุมชั้น๒ อาคารผลิตยาสมุนไพร
โรงพยาบาลหัวไทร ระหว่างวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ถึงวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
- ฝึกภาคปฏิบัติตามแหล่งฝึกที่มีแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย ระหว่างวันที่
๔ กรกฎาคม ถึงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

ค่าสนับสนุนโครงการ คนละ ๑๐,๐๐๐ บาท

สมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ พร้อมเงินมัดจำ จำนวน ๓,๐๐๐ บาท

คุณสมบัติ

๑. เพศหญิงหรือชาย
๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปี และไม่เกิน ๕๐ ปี
๓. มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว (ข้อนิ้วมือแข็งแรง)
๔. มีใจรักด้านการนวด และสามารถเข้าอบรมได้ตลอดหลักสูตร
๕. สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓

เอกสารการสมัคร

๑. รูปถ่าย ๒ นิ้ว ๔ รูป / ๑ โครงการ (ไม่รวมติดใบสมัคร)
๒. สำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ / ๑ โครงการ
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ / ๑ โครงการ
๔. ใบรับรองแพทย์ ๑ ฉบับ / ๑ โครงการ

การเตรียมตัวเข้าอบรม

๑. ชุดออกกำลังกาย (เสื้อมีด กางเกงวอร์ม รองเท้าผ้าใบ ถุงเท้า)
๒. ชุดขาว ๑ ชุด และถุงเท้า
๓. การแต่งกายในชั้นเรียนชุดพร้อมฝึกปฏิบัติการนวด(แต่งกายสุภาพ ไม่ใส่ยีนส์ หรือกางเกงขาสั้น เสื้อมีแขน และไม่รัดรูป)
๔. อุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัว
๕. ร่มกันฝน

ผู้ผ่านการประเมินสำเร็จหลักสูตร

ได้รับประกาศนียบัตรจาก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข และหลักสูตรผ่านการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมายเหตุ ไม่คืนค่ามัดจำไม่ว่ากรณีใดๆ

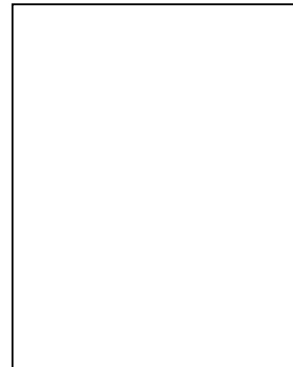
ใบสมัครเข้ารับการอบรม

โครงการอบรมนวดไทย หลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๗๒ ชั่วโมง รุ่นที่ ๒๓

ณ ศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทย เขตสุขภาพที่ ๑๑ โรงพยาบาลหัวไทร

จังหวัดนครศรีธรรมราช โทรศัพท์ ๐๗๕ - ๓๘๙๕๑๑ ต่อ ๒๑๗ , ๐ ๖๒๕๗๖ ๕๘๙๑

E-mail huasai_ttm@hotmail.com



ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

เลขบัตรประชาชน สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

วัน/เดือน/ปี เกิด วันที่.....เดือน..... พ.ศ..... ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่.....

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

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

บิดา ชื่อ.....มารดา ชื่อ.....

ชื่อผู้ที่ติดต่อได้.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

การศึกษาชั้นสูงสุด.....สาขาวิชา.....สถาบัน.....พ.ศ.....

ความรู้ความสามารถพิเศษ.....

มีประสบการณ์การทำงาน/อบรม.....

หน่วยงานที่รับผิดชอบ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วน ตามที่กำหนดและข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งไว้ในใบสมัครข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ แล้วข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าสามารถเข้ารับการอบรม ได้ตลอดหลักสูตรการอบรม และยินดีปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับ ของผู้จัดการอบรมเพื่อความสงบเรียบร้อย ของสถานที่ฝึกอบรม

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

ยื่นใบสมัครวันที่เดือน.....พ.ศ.....

หลักฐานการสมัคร

- ชำระเงินครบ
- มัดจำ.....บาท
- รูปถ่าย ขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๔ รูป
- สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ
- ใบรับรองแพทย์

ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร

วันที่รับสมัคร.....

เลขที่สมัคร..... วันที่สมัคร

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

วันที่สมัคร..... เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖๕

การอบรมหลักสูตรนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ ๖๐ ชั่วโมง

จัดอบรมระหว่างวันที่ ๒๒ มีนาคม- ๕ เมษายน ๒๕๖๕

หน่วยงานที่จัดอบรม ศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
เขตสุขภาพที่ ๑๑ โรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

เลขบัตรประชาชน □□□□□□ □□□□□□ □□ □ สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

วัน/เดือน/ปี เกิด วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่.....

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

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

บิดา ชื่อ.....มารดา ชื่อ.....

ชื่อผู้ที่ติดต่อได้.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

การศึกษาชั้นสูงสุด.....สาขาวิชา.....สถาบัน..... พ.ศ.

ความรู้ความสามารถพิเศษ.....

มีประสบการณ์การทำงาน/อบรม.....

หน่วยงานที่รับผิดชอบ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วน ตามที่กำหนดและข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งไว้ในใบสมัคร
ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ แล้วข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าสามารถเข้ารับการอบรม ได้ตลอดหลักสูตรการ
อบรม และยินดีปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับ ของผู้จัดการอบรมเพื่อความสงบเรียบร้อย ของสถานที่ฝึกอบรม

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

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

หลักฐานการสมัคร

- ชำระเงินครบ
- มีัดจำ.....บาท
- รูปถ่าย ขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๔ รูป
- สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ
- ใบรับรองแพทย์

ลงชื่อ.....ผู้รับรับสมัคร

วันที่รับสมัคร.....