

ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๗/ ๖ ๑๐๐๕



วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์  
และสาธารณสุข กาญจนภิเษก  
๕๖ ม.๑ ต.ราชบุรีนิคม อ.ไทรน้อย  
จ.นนทบุรี ๑๑๑๕๐

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอลือโครงการพัฒนาความรู้อาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ด้านการแพทย์แผนไทย  
เบื้องต้นเพื่อนำองค์ความรู้ไปจัดการเรียนการสอนในรายวิชาเลือกเสรีที่เกี่ยวข้องกับแพทย์แผนไทย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกทุกแห่ง

อ้างถึง หนังสือวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๗/๖๕๕๒  
ลงวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเข้ารับการอบรม จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ได้กำหนด  
จัดโครงการพัฒนาความรู้อาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ด้านการแพทย์แผนไทยเบื้องต้น  
เพื่อนำองค์ความรู้ไปจัดการเรียนการสอนในรายวิชาเลือกเสรีที่เกี่ยวข้องกับแพทย์แผนไทย ในระหว่างวันที่  
๒๘ กรกฎาคม - ๑ สิงหาคม ๒๕๕๗ เนื่องจากมีผู้สมัครจำนวนน้อย จึงไม่สามารถจัดโครงการดังกล่าวได้ นั้น

ในการนี้ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก มีความประสงค์  
ขอลือการจัดโครงการดังกล่าว เป็นวันที่ ๑๒ - ๑๖ มกราคม ๒๕๕๘ ทั้งนี้สามารถส่งใบสมัครได้ภายในวันที่  
๑ กันยายน ๒๕๕๗ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางบังอร ดวงรัตน์)

ผู้อำนวยการ

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

ฝ่ายบริการวิชาการแก่สังคม

โทร. ๐ ๒๕๒๕ ๔๑๔๙ - ๕๐ ต่อ ๑๑๔๔

โทรสาร ๐ ๒๕๒๕ ๔๑๔๙ ต่อ ๑๑๔๖

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

ใบสมัครเข้าร่วมการอบรม

โครงการพัฒนาความรู้อาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกด้านการแพทย์แผนไทยเบื้องต้น  
เพื่อนำองค์ความรู้ไปจัดการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาเลือกเสรีที่เกี่ยวข้องกับแพทย์แผนไทย

ระหว่างวันที่ ๑๒ - ๑๖ มกราคม ๒๕๕๘

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่เกี่ยวข้องกับท่านและเติมข้อความให้สมบูรณ์

ข้อมูลผู้สมัคร

๑. ชื่อนาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
๒. สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....
๓. ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง.....
๔. รายวิชาเลือกเสรีที่เกี่ยวข้องกับแพทย์แผนไทยที่เปิดสอนในวิทยาลัยของท่าน  
☐ ภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ  
☐ พิษสมุนไพร  
☐ การนวดเพื่อบำบัดแผนไทย  
☐ อื่นๆ.....

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมอบรม

๑. ความประสงค์ของที่พักของวิทยาลัย  
☐ มีความประสงค์เข้าพัก ☐ ก่อนวันอบรม ๑ คืน ☐ ในวันอบรม  
☐ ไม่ประสงค์เข้าพัก
๒. อาหาร  
☐ ธรรมดา ☐ อิสลาม ☐ มังสวิรัติ

ลงชื่อ.....  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ ๑. ห้องพักรวม พัฒน ๔ คน คืนละ ๑๐๐ บาท ต่อคนต่อวัน  
๒. เตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัว เช่น ผ้าเช็ดตัว สบู่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ฯลฯ  
๓. ขอให้ตอบกลับ ภายในวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๗  
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๒๕ ๔๑๔๔ - ๕๐ ต่อ ๑๑๔๔  
โทรสาร ๐ ๒๕๒๕ ๔๑๔๔ - ๕๐ ต่อ ๑๑๔๖