

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

ใบสมัครเข้าร่วมอบรม

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. รายวิชาเลือกเสรีที่เกี่ยวข้องกับแพทย์แผนไทยที่เปิดสอนในวิทยาลัยฯของท่าน

☐ ภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ

☐ พืชสมุนไพร

☐ การนวดเพื่อบำบัดแผนไทย

☐ อื่นๆ.....

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมอบรม

๑. ความประสงค์ของที่พักของวิทยาลัย

☐ มีความประสงค์เข้าพัก

☐ ก่อนวันอบรม ๑ คืน

☐ ในวันอบรม

☐ ไม่ประสงค์เข้าพัก

๒. อาหาร

☐ ธรรมดา

☐ อิสลาม

☐ มังสวิรัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ๑. ห้องพักรวม พักละ ๔ คน คืนละ ๑๐๐ บาท ต่อคนต่อวัน

๒. เตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัว เช่น ผ้าขนหนู สบู่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ฯลฯ

๓. ขอให้ตอบกลับ ภายในวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๕๘

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๒๕ ๔๑๔๙ - ๕๐ ต่อ ๑๑๔๔

โทรสาร ๐ ๒๕๒๕ ๔๑๔๙ - ๕๐ ต่อ ๑๑๔๖