

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

รูปถ่าย ๒ นิ้ว

วันที่สมัคร.....เดือน.....พ.ศ.....

หลักสูตร.....ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๗๒ ชั่วโมง

ระยะเวลาการอบรมระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๒.....

ชื่อ - นามสกุล (นาย / นาง / นางสาว).....

สถานภาพ..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ (นับถึงวันสมัคร).....ปี.....เดือน.....วัน สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

เลขที่บัตรประชาชน.....

ออกให้ที่.....วันที่.....วันหมดอายุ.....

วุฒิทางการศึกษา.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....ตำแหน่ง.....

วัตถุประสงค์ในการสมัคร.....

ความรู้ความสามารถพิเศษ.....

หลักฐานประกอบการสมัคร

สำเนาวุฒิการศึกษา ๑ ชุด

สำเนาบัตรประชาชน ๑ ชุด

สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ชุด

ใบรับรองแพทย์ ๑ ชุด

อื่นๆ.....

รูปถ่าย ๒ นิ้ว ๓ รูป (ติดใบสมัคร ๑ รูป)

สำเนาวุฒิด้านการนวดไทยเพื่อสุขภาพ

แบบราชสำนัก

แบบทั่วไป/เคลยศักดิ์

หมายเหตุ - คุณสมบัติเอกสารไม่ครบ ไม่รับพิจารณาทุกกรณี

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....