



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
 พระนครศรีอยุธยา  
 รับเลขที่ ๓๑๕๖  
 วันที่ ๑๗ มี.ค. ๒๕๖๔  
 เวลา ๑๕.๓๐๕

สธ ๐๕๐๒/๒๗๔

ถึง กรม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และวิทยาลัยการสาธารณสุขในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข  
 รับเลขที่ ๒๑  
 วันที่ ๑๗ มี.ค. ๒๕๖๔

ด้วย แพทยสมาคมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน มหาวิทยาลัยการแพทย์  
 แผนจีนกานซู มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ร่วมกัน  
 จัดทำโครงการอบรมหลักสูตรการฝังเข็มสำหรับทันตแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๔ ระหว่างวันที่ ๓๑ พฤษภาคม -  
 ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ณ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข โดยฝึกปฏิบัติ  
 ภายในประเทศและศึกษาดูงาน ณ สาธารณรัฐประชาชนจีน รับสมัครตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๒๐ พฤษภาคม  
 ๒๕๖๔ ค่าลงทะเบียน ๔๒,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นสองพันบาทถ้วน) ไม่รวมค่าใช้จ่ายในการศึกษาดูงานต่างประเทศ  
 หากพ้นระยะเวลาที่กำหนดค่าลงทะเบียน ๕๐,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน) สามารถติดต่อสอบถาม  
 รายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวพรกมล ยงดี หรือ E-mail verdantns@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานในสังกัดทราบด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....  
 ดำเนินการ

*(Handwritten signature)*

(นายเทพศักดิ์ อังคณาวิศัลย์)

เภสัชกรเชี่ยวชาญ(ด้านเภสัชสาธารณสุข) ปฏิบัติราชการแทน  
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
 ๑๗ มี.ค. ๒๕๖๔

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



๑ มีนาคม ๒๕๖๔

เป็นดวง ปณาสังเกต

จาก

๑๗ มี.ค. ๖๔

กองการแพทย์ทางเลือก

โทร. ๐ ๒๕๕๓ ๗๐๐๗ ต่อ ๒๖๐๑

โทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๑๘๗๙ ๓๖๘๙

www.thaicam.go.th

ID Line : Pornkamol88

3



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

รูปถ่าย  
ขนาด  
1 นิ้ว

ใบสมัครเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการฝังเข็มสำหรับทันตแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๔  
ระหว่างวันที่ ๓๑ พฤษภาคม - ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๔  
ภาคทฤษฎีจัดอบรม ณ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข  
และภาคปฏิบัติตามสถานที่ที่ได้กำหนดไว้

\*\*\*\*\*

โปรดกรอรายละเอียดให้ชัดเจน

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล .....
๒. สำเร็จการศึกษาระดับ ..... พ.ศ. .... สถาบันที่จบการศึกษา .....
๓. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่..... พ.ศ. ....
๔. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง .....
๕. สังกัด ..... จังหวัด .....
๖. สถานที่ติดต่อได้สะดวก  ที่ทำงาน  ที่บ้าน เลขที่ ..... ถนน .....
๗. ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
๘. โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....
๙. โทรสาร ..... E - mail .....
๑๐. การรับประทานอาหาร  อาหารทั่วไป  อาหารอิสลาม  มังสวิรัติ  อื่นๆ
๑๑. ท่านรับทราบข้อมูลจาก  เว็บไซต์  หนังสือแจ้งประชาสัมพันธ์  อื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า จะสามารถเข้าอบรมได้ตลอดหลักสูตร ทั้งในการฝึกอบรมภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในประเทศ ตลอดจนภาคศึกษาดูงาน ณ สาธารณรัฐประชาชนจีน (โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง) ตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียนนอบบรมหลักสูตรการฝังเข็มสำหรับทันตแพทย์ประจำปี ๒๕๖๔

ระหว่างวันที่ ๓๑ พฤษภาคม - ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๔

ข้อบัญญัติ “แพทยสมาคมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน”

ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข - ดิوانนท์

เลขที่บัญชี ๑๔๒ - ๐ - ๑๘๔๕๕-๕

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล .....

หน่วยงาน ..... จังหวัด .....

วันที่โอนเงิน ..... เดือน ..... พ.ศ. .... เวลา ..... น.

ชื่อธนาคาร ..... สาขา.....

ติดหลักฐานการโอนเงิน

หมายเหตุ : ส่งหลักฐานการโอนเงิน โดยสแกนเอกสารส่งทางอีเมล : E-mail verdantns@gmail.com