

พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๑๒๖
วันที่ ๓ / ก.ย. ๒๕๕๖
เวลา ๑๑.๐๐



ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๘๔/๒.๘/๑๑๒๖๗

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
๖๕๓ อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๑๓๐

๒๐ สิงหาคม ๒๕๕๖

เรื่อง การอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๔

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มใบสมัครเข้ารับการคัดเลือก จำนวน ๒ ฉบับ
๒. ระเบียบการรับสมัครเข้ารับการอบรม จำนวน ๗ ฉบับ

ด้วยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก จะดำเนินการรับสมัครบุคคล เข้ารับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๔ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ระยะเวลาการอบรม ๓ ปี โดยระบบการเรียนการสอนทางไกล ผู้เข้ารับการอบรมต้องมารายงานตัวเข้าร่วมสัมมนาทางวิชาการปีละ ๔ ครั้ง ๗ ละ ๑๐-๑๕ วัน สมัครเข้ารับการอบรมตามเงื่อนไขคุณสมบัติ วันเวลาและสถานที่ที่กำหนดในระเบียบการรับสมัครโดยใช้แบบฟอร์มใบสมัครถ่ายเอกสารหรือพิมพ์สำเนาจากอินเทอร์เน็ตส่งหลักฐานและค่าสมัครทางไปรษณีย์ ระหว่างวันที่ ๑ กันยายน - ๓๐ กันยายน ๒๕๕๖ หรือสมัครด้วยตนเองในระหว่างวันที่ ๑- ๓๐ กันยายน ๒๕๕๖ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วยหรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมทางอินเทอร์เน็ต www.scphpl.ac.th

ดังนั้น วิทยาลัยฯจึงขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ระเบียบการรับสมัครแบบฟอร์มใบสมัคร ให้กับบุคลากรสาธารณสุขข้าราชการในสังกัดและประชาชนผู้สนใจทั่วไป สำหรับข้าราชการสามารถเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการได้เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค ๐๔๐๘.๖/ว.๘๕ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปวิทยาลัยฯหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ด้วยดีเช่นเคย ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายจิตติ นิตชันต์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

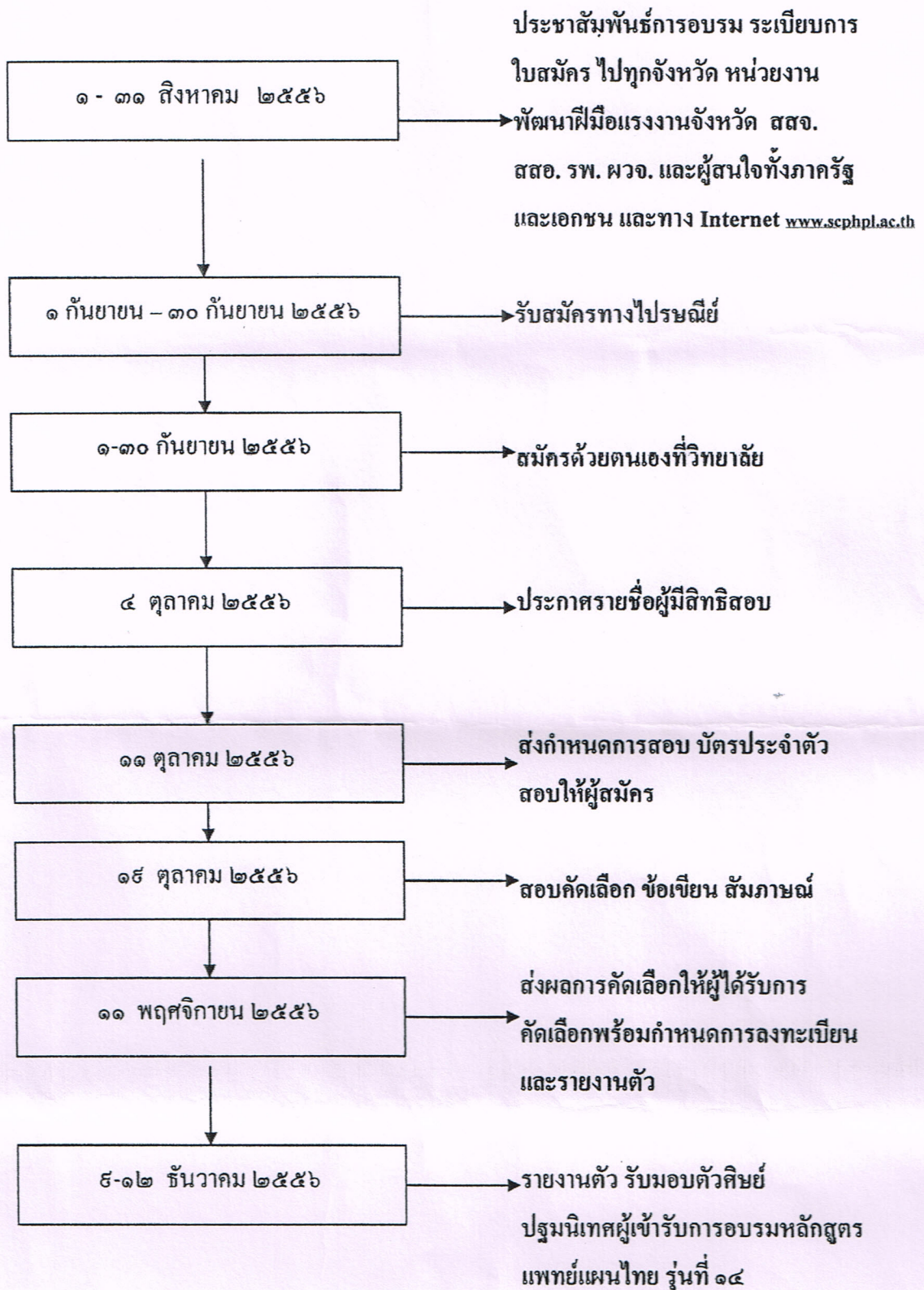
กลุ่มงานหลักสูตรการแพทย์แผนไทย *เรียน* หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค
โทร. ๐-๕๕๓๑-๑๐๒๕ ต่อ ๖๒๐ *อภินันท์*
โทรสาร ๐-๕๕๓๑-๑๙๙๒
www.scphpl.ac.th

๑) ๕๕๓๑ ๕๕๖๗
วิภาดา รุ่งเรือง

40056

(นายอุดม ชำนิ)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
๐๓ ก.ย. ๒๕๕๖

กำหนดการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรม
หลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๔ ปีงบประมาณ ๒๕๕๖



ระเบียบการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๔
ภาควิชาแพทย์แผนไทย (ตึกจิฉาเวช) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
๖๕๓ หมู่ ๘ ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๑๓๐
โทรศัพท์ ๐-๕๕๓๑-๑๐๒๕ ต่อ ๖๒๐ โทรสาร ๐-๕๕๓๑-๑๙๙๒

การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ที่มีประวัติยาวนานมาแต่ครั้งพุทธกาล เป็นการแพทย์ที่แสดงถึงภูมิปัญญาความเชื่อของคนไทย มีองค์ความรู้ที่เป็นรูปแบบของตนเองในลักษณะเป็นองค์รวมในการดูแลสุขภาพทั้ง กาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อม บนรากฐานคุณธรรมทางการแพทย์ที่ สืบทอดมาแต่โบราณกาล

ข้อมูลหลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่เปิดรับสมัคร

หลักสูตรเวชกรรมไทย ๓ ปี

เป็นหลักสูตรที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย ศึกษาการบำบัดรักษาโรค สมุนไพร การรักษาด้วยการนวดไทย เมื่อสอบใบประกอบโรคศิลปะได้สามารถเปิดสถานพยาบาล ประกอบวิชาชีพเพื่อบำบัดรักษาโรคแก่ผู้ป่วยด้วยหลักการการแพทย์แผนไทยได้ตามกฎหมาย

แนวทางการจัดการศึกษา

ชั้นปีที่ ๑ ศึกษาความรู้ด้านเภสัชกรรมไทย (เตรียมแพทย์)

เป็นหลักสูตรเตรียมความพร้อมความเป็นแพทย์ ศึกษาสมุนไพร รูป สี กลิ่น รส ชื่อ สรรพคุณ การปรุงยาไทย การควบคุมการผลิตยาไทย การนวดเบื้องต้นตลอดถึงการปลูกขยายพันธุ์และบำรุงรักษาสมุนไพร การอบรมต่อในชั้นปีที่ ๒ และปีที่ ๓ ผ่านการประเมินคุณธรรมจริยธรรมและความเป็นแพทย์โดยคณะกรรมการว่าสามารถเป็นแพทย์แผนไทยที่ดีได้ จึงจะมีสิทธิอบรมต่อ

ชั้นปีที่ ๒ ศึกษาความรู้ด้านการใช้ยาไทยระดับพื้นฐานและโรคเฉพาะ การนวดรักษาโรคและการผดุงครรภ์ไทย เมื่อสอบใบประกอบโรคศิลปะได้สามารถเปิดร้านขายยาแผนโบราณ เปิดโรงงานผลิตยาแผนไทย นำเข้า-ส่งออกพืชสมุนไพร และดูแลสุขภาพมารดา ก่อนและหลังคลอด รวมทั้งการนวดรักษาโรคได้ตามกฎหมาย

ชั้นปีที่ ๓ ศึกษาความรู้ด้านเวชกรรมไทย (การวินิจฉัยโรค รักษาโรค)

การเรียนการสอนยึดองค์ความรู้เดิมที่ปรากฏอยู่ในคัมภีร์แพทย์ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๕ โปรดให้แพทย์หลวงชำระ รวมทั้งตำราแพทย์อื่น ๆ ที่มีมาครั้งสมัยอยุธยา ตำราโบราณอื่น ๆ เพื่อความเข้าใจและสามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ดูแลสุขภาพได้ เมื่อสอบใบประกอบโรคศิลปะประเภทเวชกรรมไทยได้แล้วสามารถตรวจวินิจฉัยโรคด้วยกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทยได้

การเรียนการสอนเน้นการใช้สื่อจากของจริง มีสวนสมุนไพรประกอบด้วยสมุนไพรกว่า ๒๕๐ ชนิด นำผู้เข้ารับการอบรมเดินป่าเพื่อศึกษาสมุนไพรในธรรมชาติโดยอาจารย์ซึ่งเป็น หมอพื้นบ้านผู้เชี่ยวชาญ มีคลินิกแพทย์แผนไทยให้บริการในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป มีห้องปฏิบัติการผลิตยาไทยพร้อมเครื่องมือที่เหมาะสมและทันสมัยสำหรับการแพทย์แผนไทย ผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับประสบการณ์วิชาชีพจากการฝึกงานในสถานที่ต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล โรงงานผลิตยาแผนโบราณ บ้านหมอพื้นบ้าน สถานพยาบาลแพทย์แผนไทยของเอกชนต่าง ๆ

การเรียนการสอนสามารถเรียนด้วยเอกสารตำราที่บ้าน เข้ารับการอบรมเข้มและสัมมนาวิชาการ รวมทั้งฝึกปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มประสบการณ์วิชาชีพทั้งในและนอกสถานศึกษา โดยการฝึกประสบการณ์วิชาชีพตามโปรแกรมการมอบหมายงานในรายวิชาต่าง ๆ การเรียนการสอนและฝึกปฏิบัติการการนวดไทยในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ การนวดแบบเชลยศักดิ์ การนวดแบบราชสำนัก การนวดเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่สามารถรักษาได้โดยการนวด เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถปฏิบัติการนวดไทยได้ด้วยความปลอดภัย

รูปแบบการเรียนการสอน

ใช้รูปแบบการเรียนการสอนทางไกลประกอบกับการเข้ารับการฝึกอบรม ปีละ ๔ ครั้ง ๆ ละประมาณ ๑๐-๑๕ วัน ข้าราชการสามารถเข้ารับการอบรมได้โดยไม่ต้องเป็นวันลาและสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังเมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว การอบรมในระบบนี้เหมาะสำหรับข้าราชการและบุคคลทั่วไปที่ประกอบอาชีพอิสระที่ไม่สามารถเรียนเต็มเวลาในหลักสูตรปกติทั่วไปได้

ค่าใช้จ่ายในการอบรม

๑. ค่าลงทะเบียนเข้ารับการอบรม ปีละ ๘,๐๐๐ บาท
๒. ค่าที่พักห้องปรับอากาศ ราคา ๑๐๐/๑๕๐ บาท/วัน
๓. ค่าอาหาร ๓ มื้อ ๒ เบรค ราคา ๑๘๐ บาท/วัน

คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการอบรม

๑. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๙ ปีบริบูรณ์
๒. จบการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมปีที่ ๖ หรือเทียบเท่า
๓. มีสัญชาติไทย
๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยตามคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่คณะกรรมการเห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสียหายเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ ตามพระราชบัญญัติสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖
๕. ไม่เป็นคนวิกลจริตจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือเป็นโรคที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ตามพระราชบัญญัติสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖

หลักฐานประกอบการสมัครเข้ารับการอบรม

๑. สำเนาประกาศนียบัตรหรือระเบียบแสดงผลการเรียน (ร.บ.)
๒. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล)
๓. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมแว่นตาคำ ขนาด ๑x๑.๕ นิ้ว จำนวน ๔ รูป ถ่ายมาแล้ว ไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร โดยเขียนชื่อ-นามสกุล ไว้หลังรูปทุกรูป
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัครพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๖. ค่าสมัครสอบ ๒๐๐ บาท ส่งในนามผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๑๓๐
๗. ใบรับรองแพทย์
๘. ใบรับรองความประพฤติ



คิดรูปถ่าย
๑ x ๑.๕ นิ้ว

ใบสมัครคัดเลือกบุคคลศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทย
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

เลขประจำตัวผู้สมัคร

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ชื่อผู้สมัคร (นาย,นาง,นางสาว) นามสกุล
- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร (๑๓ หลัก)
- ส่วนสูง ซม. อายุ ปี เดือน เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
- เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา อาชีพ
- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน
- อำเภอ / เขต จังหวัด เบอร์โทรศัพท์
๒. สถานที่เกิดอำเภอ / เขต จังหวัด
- ปัจจุบันตั้งบ้านเรือนอยู่ที่ ตรอก / ซอย ถนน
- หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต
- จังหวัด รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์
๓. บิดาชื่อ นามสกุล อายุ
- ยังมีชีวิตอยู่ / ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา
- ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ ตรอก / ซอย ถนน
- หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต
- จังหวัด รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์
๔. มารดาชื่อ นามสกุล อายุ
- ยังมีชีวิตอยู่ / ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา
- ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ ตรอก / ซอย ถนน
- หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต
- จังหวัด รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์

๕. ประวัติการศึกษา

วุฒิการศึกษา ของผู้สมัคร	ชื่อสถานศึกษา	อำเภอ / เขต และจังหวัด	เริ่มศึกษา พ.ศ.	สำเร็จการศึกษา พ.ศ.
ม.๓				
ม.๖				

๖. ความสามารถพิเศษ
๗. ระหว่างการสมัครสอบติดต่อข้าพเจ้าที่บ้านเลขที่ ตรอก/ ซอย
- ถนน ตำบล / แขวง: อำเภอ / เขต
- จังหวัด รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนั้นเป็นจริงทุกประการ หากปรากฏว่าไม่เป็นความจริงในภายหลัง หรือเอกสารประกอบการสมัครเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานศึกษาจำหน่ายชื่อข้าพเจ้าออกจากสถานศึกษาได้ทันที และกรณีที่ข้าพเจ้าศึกษานี้บิดา มารดา ผู้อุปการะ หรือผู้ปกครองของข้าพเจ้าทราบ และข้าพเจ้าได้เข้าใจในระเบียบที่ประกาศทุกประการพร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครมาแสดงต่อคณะกรรมการรับสมัคร ดังนี้

๑. ประกาศนียบัตร หรือระเบียบแสดงผลการเรียน (ร.น.) หรือใบรับรองผลการเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ หรือเทียบเท่า พร้อมสำเนาภาพถ่าย หรือหลักฐานการศึกษาที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติของผู้สมัคร พร้อมรับรอง ๑ ฉบับ
๒. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือนามสกุล (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ หรือนามสกุล)
๓. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมแว่นตาคำ ขนาด ๑ X ๑.๕ นิ้ว จำนวน ๔ รูป และถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร โดยให้ผู้สมัครเขียนชื่อ - นามสกุล ไว้หลังรูปทุกรูป
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร พร้อมรับรองสำเนา ๑ ฉบับ
๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรข้าราชการของผู้สมัคร พร้อมรับรองสำเนา ๑ ฉบับ
๖. ค่าสมัคร ๒๐๐ บาท ส่งมาในนามผู้อำนวยการสาธารณสุขสิรินธร อ. วังทอง จ. พิจิตร ๖๕๑๓๐

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับสมัคร
(.....)

วัน เดือน พ.ศ.

** หมายเหตุ ใบสมัครสามารถถ่ายเอกสารเพื่อใช้ในการสมัครได้ **

ใบรับรองแพทย์

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ได้ทำการตรวจร่างกาย

เมื่อวันที่ วันที่ เดือน พ.ศ. แล้ว ปรากฏว่า

..... ปราศจากโรคดังต่อไปนี้

๑. โรคเรื้อน
๒. วัณโรคในระยะอันตราย
๓. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
๔. โรคพิษสุราเรื้อรัง
๕. โรคจิตต่าง ๆ
๖. โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
๗. กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง

เห็นว่า เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์

ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบ หรือไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ หรือเป็นโรคดังกล่าวข้างต้น จึงไม่
ขัดต่อการที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด
พิษณุโลก

(ลงนาม)

(.....)

นายแพทย์ผู้ตรวจ

ใบรับรองความประพฤติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม
หลักสูตรการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง รับรองความประพฤติ
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
ขอรับรองว่า อายุ ปี อาชีพ
อยู่บ้านเลขที่ ซอย/ตรอก หมู่ที่
ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด
บิดาชื่อ มารดาชื่อ
สามีหรือภรรยาชื่อ เป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่เคย
ประพฤติเสียหายและไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาให้จำคุกในคดีอาญา เห็นว่า
มีความประพฤติเรียบร้อยสามารถเข้ารับการอบรม
หลักสูตรการแพทย์แผนไทยของวิทยาลัยฯ ได้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)
ตำแหน่ง

หมายเหตุ

- ผู้ที่รับรองความประพฤติต้องมีคุณสมบัติดังนี้
- ผู้มีภูมิลำเนาใน กทม. ให้ ผู้อำนวยการเขตหรือสภาวัดรสถานี่ตำรวจท้องที่หรือข้าราชการสัญญาบัตรเป็นผู้รับรอง
 - ผู้มีภูมิลำเนาในส่วนภูมิภาค ให้ นายอำเภอท้องที่หรือข้าราชการสัญญาบัตรหรือกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านในท้องที่เป็นผู้รับรอง
 - ข้าราชการ ให้ผู้บังคับบัญชาในส่วนราชการนั้น ๆ เป็นผู้รับรอง

กำหนดการสอบคัดเลือกเข้ารับการอบรม
หลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๔/๒๕๕๗
ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

วัน/เวลา	๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น.	๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.
๑๙ ตุลาคม ๒๕๕๖	วิชาความรู้ความสามารถทั่วไป และ วิชาชีพทางการแพทย์แผนไทย	สอบสัมภาษณ์

แนวการสอบข้อเขียน

๑. สอบวัดความรู้ความสามารถทั่วไป จำนวน ๑๐๐ ข้อ
 - ๑.๑ คณิตศาสตร์ - วิทยาศาสตร์
 - ๑.๒ ภาษาไทยเพื่อการสื่อสาร
 - ๑.๓ สังคม เศรษฐกิจและการเมือง
๒. สอบวัดความรู้วิชาชีพทางการแพทย์แผนไทย จำนวน ๑๐๐ ข้อ
 - ๒.๑ สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - ๒.๒ กฎหมายที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย
 - ๒.๓ เกษษกรรมไทยเบื้องต้น
 - ๒.๔ ทฤษฎีและหลักการแพทย์แผนไทยเบื้องต้น
 - ๒.๕ หลักพุทธศาสนา

การแจ้งผลการสอบ (หลังการสอบประมาณ ๑ สัปดาห์)

๑. ทางไปรษณีย์ถึงผู้สอบโดยตรง

โดยผู้เข้าสอบจัดเตรียมซองจดหมายจำหน่ายซองถึงตนเองพร้อมติดแสตมป์ ๓ บาท ส่งให้

กรรมการคุมสอบในการสอบข้อเขียนภาคเช้า

๒. ดูผลสอบทาง Internet www.scphpl.ac.th

อุปกรณ์การสอบ

ปากกาและน้ำยาลบคำผิด (ไม่ใช่ดินสอและยางลบ)

แบบยื่นความจำนงเข้าพักในที่พักของวิทยาลัยฯ
สำหรับผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้ารับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๔/๒๕๕๖
ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

๑. ชื่อตัว - ชื่อสกุล (ตัวบรรจง)
ประสงค์จะเข้าพัก จำนวน คน (ค่าที่พักคนละ ๑๐๐/๑๕๐ บาท/คน/คืน)
๒. ที่อยู่ปัจจุบัน
๓. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้โดยสะดวก
๔. การเข้าพัก แจ้งความประสงค์
เข้าพักในวันที่ เวลา
- ออกจากที่พักในวันที่ เวลา
๕. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ผู้ประสานงานที่พัก
คุณประกายมาศ มัชฌิมา กลุ่มงานหลักสูตรการแพทย์แผนไทย
หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๕๓๑-๑๐๒๕ ต่อ ๖๒๐ โทรสาร ๐-๕๕๓๑-๑๙๙๒

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นความจำนง
วันที่ / /

หมายเหตุ

๑. ห้องพักเป็นห้องพักปรับอากาศ พักรวมห้องละ ๑๐-๑๕ คน
๒. รับผิดชอบจำนวนจำกัด (ไม่เกิน ๑๐๐ คน)
๓. การชำระเงิน ให้เตรียมไปชำระในวันรายงานตัวเข้าที่พัก
๔. หากผู้ยื่นความจำนงเกินจำนวนที่พัก วิทยาลัยฯ จะแจ้งให้ทราบและให้ท่านติดต่อที่พักระหว่างตนเอง
ตามข้อมูลสถานที่พักในจังหวัดพิษณุโลก

- | | |
|------------------------|---------------------|
| ๑. โรงแรมดงภูเกิด | โทร. ๐-๕๕๒๓-๒๙๐๑-๓ |
| ๒. โรงแรมไพลิน | โทร. ๐-๕๕๒๕- ๒๔๑๑-๕ |
| ๓. โรงแรมอมรินทร์นคร | โทร. ๐-๕๕๒๑-๙๐๖๙-๗๙ |
| ๔. โรงแรมอมรินทร์ลาภูน | โทร. ๐-๕๕๒๒-๐๙๙๙ |
| ๕. โรงแรมท็อปแลนด์ | โทร. ๐-๕๕๒๔-๗๘๐๐-๙ |
| ๖. โรงแรมลาฟาโลมา | โทร. ๐-๕๕๒๑-๗๙๓๐-๖ |
| ๗. โรงแรมสมิณิยาม | โทร. ๐-๕๕๒๔-๗๕๒๗ |
| ๘. โรงแรมราชพฤกษ์ | โทร. ๐-๕๕๒๕-๘๗๘๘-๙ |
| ๙. โรงแรมราชวงศ์ | โทร. ๐-๕๕๒๕-๙๕๖๙ |