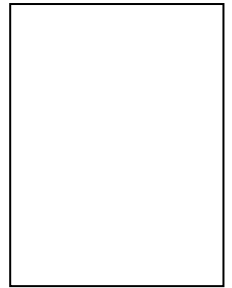


เลขที่ใบสมัคร.....



ใบสมัครเข้ารับการอบรม “หลักสูตรการแพทย์แผนไทย”
หน่วยงานจัดการเรียนการสอนและฝึกอบรมการแพทย์แผนไทย
สถาบันแพทย์หญิงเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ เพื่อพัฒนาการแพทย์แผนไทย
มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา กระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....ศาสนา.....

เลขที่บัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ.....ออกให้ที่.....

วันที่ออกบัตร.....วันที่บัตรหมดอายุ.....สถานภาพ โสด สมรส

สามี / ภรรยา ชื่อ.....อาชีพ.....

บิดาชื่อ.....อาชีพ.....

มารดาชื่อ.....อาชีพ.....

วุฒิการศึกษาสูงสุด.....จากสถาบัน.....

อาชีพปัจจุบัน.....สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกเลขที่.....หมู่ที่.....

ชอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....อีเมลล์.....

มีความประสงค์ขอสมัครเข้ารับการฝึกอบรมในหมวดวิชา การแพทย์แผนไทย ตามหลักสูตรของศูนย์ฝึกอบรมการแพทย์แผนไทย หน่วยงานจัดการเรียนการสอนและฝึกอบรม สถาบันแพทย์หญิงเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ เพื่อพัฒนาการแพทย์แผนไทย มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา กระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า เข้าใจและรับที่จะปฏิบัติ ตามกฎระเบียบและข้อบังคับของศูนย์ฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่หรือพึงมีขึ้นใหม่ด้วยความยินดี หากข้าพเจ้ากระทำผิดระเบียบดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้ายินดีรับการลงโทษตามระเบียบทุกประการ

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วน และไม่ขัดต่อพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2556

ข้าพเจ้า ขอสัญญาว่า ข้าพเจ้าจะรักษามรรยาทแห่งวิชาชีพ จะอนุรักษ์ และสืบสานวัฒนธรรมอันดีของไทยตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเข้ารับการอบรม จนกระทั่งประกอบวิชาชีพในภายภาคหน้า

เฉพาะเจ้าหน้าที่
วันที่.....
เลขที่ใบเสร็จ.....
ผู้รับสมัคร.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)