



โรงพยาบาลอมกหะเล็ก  
 เลขที่ 630172  
 วันที่ 21 ม.ค. 2563  
 เวลา 13.12 น.

สธ ๐๕๐๒/๖๑๓๑๗

ถึง กรม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และวิทยาลัยการสาธารณสุขในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ด้วย แพทยสมาคมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน มหาวิทยาลัยการแพทย์  
 แผนจีนกานชู่ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ร่วมกันจัดทำโครงการอบรมหลักสูตรการ  
 ฝังเข็มสำหรับทันตแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๓ ระหว่างวันที่ ๑๑ พฤษภาคม - ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓  
 ณ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข โดยฝึกปฏิบัติภายในประเทศและ  
 ศึกษาดูงาน ณ สาธารณรัฐประชาชนจีน รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓ ค่าลงทะเบียน  
 ๔๒,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นสองพันบาทถ้วน) ไม่รวมค่าใช้จ่ายในการศึกษาดูงานต่างประเทศ หากพ้นระยะเวลาที่  
 กำหนดค่าลงทะเบียน ๕๐,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน) รายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ QR Code ด้านล่างนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานในสังกัดทราบด้วย จะเป็นพระคุณ



กองการแพทย์ทางเลือก  
 โทร. ๐ ๒๕๕๓ ๗๐๐๗ ต่อ ๒๖๐๑, ๒๗๐๒  
 โทรสาร ๐ ๒๕๕๓ ๕๖๓๗  
 โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๖๗๘๗ ๒๑๙๘, ๐๘๙ ๕๙๓๔๕๓๙  
 www.thaicam.go.th  
 ID Line : renovatio98, Pomkamol88



ผู้รับ

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอมกหะเล็ก
- เพื่อโปรดทราบ
  - เพื่อโปรดพิจารณา
  - เห็นควรแจ้งผู้เกี่ยวข้องเพื่อทราบ/ดำเนินการ
  - อื่นๆ รักษา/แทน

วิเชียร  
 มพ  
 ม

23 20 17

21 ม.ค. 2563

รับสมัครทันตแพทย์เข้ารับการอบรม หลักสูตรการฝังเข็มสำหรับทันตแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๓

๑. คุณสมบัติ

ผู้สำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ที่ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมจาก  
ทันตแพทยสภา ทั้งภาครัฐและเอกชน

๒. จำนวน ไม่น้อยกว่า ๒๕ คน

๓. ระยะเวลาการจัดอบรม ระหว่างวันที่ ๑๑ พฤษภาคม - ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓

๔. สถานที่

ภาคทฤษฎีจัดอบรม ณ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข และ  
ภาคปฏิบัติตามสถานที่ที่ได้กำหนดไว้

๕. ระยะเวลาการรับสมัคร

๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ - ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓

๖. ประกาศผลการรับสมัคร

<http://www.thaicam.go.th> ภายในวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๓

๗. การชำระเงิน

โอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข - ดิوانนท์

ชื่อบัญชี "แพทยสมาคมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน"

เลขที่บัญชี ๑๔๒ - ๐ - ๑๘๔๕๕-๕

๘. ผู้ประสานงาน

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

นายศักดิ์ชัย ศิริบรรลือชัย

โทร. ๐ ๒๕๕๑ ๗๐๐๗ ต่อ ๒๗๐๒

โทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๓๗

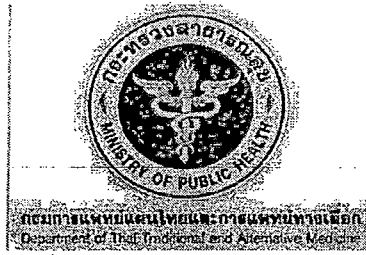
โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๖๗๘๗ ๒๑๔๘

นางสาวพรกมล ยั่งยืน

โทร. ๐ ๒๕๕๑ ๗๐๐๗ ต่อ ๒๖๐๑

โทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๓๗

โทรศัพท์มือถือ ๐๘๙ ๕๙๓๔๔๓๙



รูปถ่าย  
ขนาด  
1 นิ้ว

ใบสมัครเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการฝังเข็มสำหรับทันตแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๓  
ระหว่างวันที่ ๑๑ พฤษภาคม - ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓  
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. ....

หลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียนอบรมหลักสูตรการฝังเข็มสำหรับทันตแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๓

ระหว่างวันที่ ๑๑ พฤษภาคม - ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๓

ชื่อบัญชี "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