

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

รูปถ่าย 2 นิ้ว

หลักสูตร การอบรมวิทยากรการนวดไทยเพื่อสุขภาพแบบสวดิช (หลักสูตร ๘๐ ชั่วโมง)

รุ่นที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๔ - ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

ณ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

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

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

เลขที่บัตรประชาชน.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....

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

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

หลักฐานประกอบการสมัคร

สำเนาประกาศนียบัตรหลักสูตรนวดสวดิช ๑๕๐ ชั่วโมง
(ที่ผ่านการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

รูปถ่าย ๒ นิ้ว ๒ รูป (ติดใบสมัคร ๑ รูป)

ใบรับรองประสบการณ์การนวดแบบสวดิช อย่างน้อย ๓ ปี

อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๒