

ใบสมัครเข้ารับการอบรม
“หลักสูตรอบรมระยะสั้น ๔ เดือน ทันตสาธารณสุข (ทันตกรรมครอบคร้ว)”
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน

๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว (ตัวบรรจงหรือพิมพ์)
 ๒. เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เดือน
 ๓. การศึกษา
ทันตแพทยศาสตร์บัณฑิต/ ปีที่จบ
 - ทันตแพทย์เชี่ยวชาญสาขา/ ปีที่จบ
 - ทันตแพทย์เชี่ยวชาญสาขา/ ปีที่จบ
๔. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 ๕. อายุราชการ ปี เดือน วัน
 ๖. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง
 ๗. สถานที่ปฏิบัติงาน จังหวัด
 - หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ มือถือ
 - E-mail
 ๘. ท่านปฏิบัติงานหรือมีแผนที่จะไปปฏิบัติงานที่ PCC/PCU
ใช่ (ระบุชื่อ) ตำบล อำเภอ
 - ไม่ใช่
 ๙. ท่านรับผิดชอบงานทันตสุขภาพปฐมภูมิของพื้นที่ใด
 ตำบล อำเภอ จังหวัด เขต ส่วนกลาง
 ท้องถิ่น (เช่น เทศบาล กทม) อื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ และสามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขของการเข้าอบรม

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตร และตามเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร โดยสามารถสนับสนุนงบประมาณไว้เป็นค่าใช้จ่ายตลอดการฝึกอบรม

ลงชื่อ
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่งใบสมัครที่ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : thaifamilydentist@gmail.com

สมัครออนไลน์ที่ <https://forms.gle/RFCqGTwMN๕K๑๙Jb๘> ภายในวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ตาม QR code นี้



ทันตแพทย์ยุทธนา คำนิล โทรศัพท์มือถือ ๐๘๖ ๓๙๗ ๐๓๖๓

สอบถามเรื่องการได้รับเอกสารที่สถาบันทันตกรรม น.ส.วินนา มรรคผล หรือ น.ส.พัฒนิตตา คำฟัก โทรศัพท์ ๐๒ ๕๔๗ ๐๓๓๒