

แบบตอบรับการเข้าร่วมโครงการอบรมวิชาการศาสตร์การแพทย์แผนจีนทางคลินิก ครั้งที่ 3

เรื่อง “การรักษาโรคตับและถุงน้ำดีด้วยการแพทย์แผนจีน”

วันพฤหัสบดี ที่ 9 กุมภาพันธ์ 2559 และ วันศุกร์ ที่ 10 กุมภาพันธ์ 2559

เวลา 8.30- 16.30น.

โรงแรม ศรีวารีพาวิลเลียน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 2

อ.บางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

1. ชื่อ – นามสกุล ผู้เข้าอบรม ( นาย/นาง/นางสาว) .....

(กรุณาเขียนให้ชัดเจน เพื่อการจัดทำประกาศนียบัตร)

ที่อยู่ .....

โทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ .....โทรสาร .....

2. ได้ชำระเงิน

ก่อนวันที่ 13 ม.ค. 60 จำนวน  2,500 บาท สำหรับแพทย์จีนและบุคคลทั่วไป

2,000 บาท สำหรับศิษย์เก่า คณะการแพทย์แผนจีน ม.หัวเฉียวฯ

และนักศึกษาทุกสถาบัน (โปรดแนบสำเนาบัตรนักศึกษา)

หลังวันที่ 13 ม.ค. 60 จำนวน  3,000 บาท สำหรับแพทย์จีนและบุคคลทั่วไป

2,500 บาท สำหรับศิษย์เก่า คณะการแพทย์แผนจีน ม.หัวเฉียวฯ

และนักศึกษาทุกสถาบัน (โปรดแนบสำเนาบัตรนักศึกษา)

โดยได้โอนผ่านบัญชีธนาคารของมหาวิทยาลัย (โปรดเลือก)

ธนาคารธนชาติ ชื่อบัญชีมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สาขาย่อยมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 168-2-00999-7

ธนาคารกสิกรไทย ชื่อบัญชีมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สาขากนนางนา – ตรวด กม.18 บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 450-2-05411-8

3. ประเภทอาหาร  ปกติ  มังสวิรัติ  อิสลาม

กรุณาส่งแบบตอบรับนี้ พร้อมใบ PAY-IN หลักฐานการโอนเงินมาให้คณะกรรมการแพทย์แผนจีน มหาวิทยาลัย หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ทางหมายเลขโทรสาร 02-312-6479 หรือทาง อีเมล : tcmhcu@gmail.com

หากมีข้อสงสัยโปรดติดต่อ คุณกุลนันท์ โทร. 02-312-6300 ต่อ 1108 หรือ 02-312-6479 หรือที่อีเมล tcmhcu@gmail.com

#### หมายเหตุ

\* รับสมัครจำนวนจำกัดเพียง 80 ที่นั่ง สงวนสิทธิ์สำหรับผู้สมัครก่อน

\* ที่นั่งจะได้รับการยืนยันหลังจากท่านได้ส่งใบตอบรับและหลักฐานการโอนเงินจากธนาคารแล้วเท่านั้น

\* ประกาศนียบัตรจะมอบให้กับผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ สาขาการแพทย์แผนจีนเท่านั้น