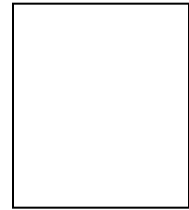




สมาคมหลอดเลือดสมองและไขสันหลัง
ใบสมัครและสอบ
หลักสูตรประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม
ด้านศัลยศาสตร์ หลอดเลือด



ชื่อ-สกุล.....อายุ..... ปี

ที่อยู่ทำงานปัจจุบัน (ที่สามารถส่งเอกสาร หรือติดต่อได้)

ที่อยู่บ้าน / ที่ทำงาน.....

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

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์มือถือ.....

Email.....

หลักฐานสำหรับสมัคร และสอบ

- สำเนา วุฒิบัตร/อนุมัติบัตร สาขาประสาทศัลยศาสตร์ หรือ ใบรับรองเพื่อแสดงว่าสำเร็จการฝึกอบรม ในสาขาประสาทศัลยศาสตร์จากสถาบันที่ฝึกอบรม (กรณียังไม่ได้วุฒิบัตร)
- รูปถ่ายหน้าตรง 2 รูป ขนาด 1-1 1/2 นิ้ว (กรุณาเขียนชื่อหลังรูปด้วย)
- ใบ recommend 3 ฉบับ

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....

วุฒิการศึกษาและการปฏิบัติงาน/

() แพทย์() วุฒิบัตร/อนุมัติบัตร.....

() การฝึกอบรมอื่นๆ / Elective

รูปแบบการฝึกอบรม () อบรมต่อเนื่อง 1ปี () อบรมแบบไม่ต่อเนื่อง

มีต้นสังกัดสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม () มี ต้นสังกัด..... () ไม่มี

ค่าธรรมเนียมการสมัคร 20,000 บาท

ชำระโดย () เงินสด

() โอนเงิน ธนาคารทหารไทย ชื่อบัญชี “สมาคมศัลยแพทย์หลอดเลือดสมอง”

เลขที่บัญชี 038-7-39420-8

ส่งหลักฐาน มาที่ ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ศ. ศุนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กทม.10310

กรุณากรอกข้อมูลโดยละเอียด เพื่อประโยชน์ของตัวท่านเอง