

แบบสำรวจ

ศิษย์เก่า/นักศึกษาแพทย์แผนไทย สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ชื่อ.....นามสกุล.....
อายุ.....ปี รหัสประจำตัวนักศึกษา.....
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
.....
โทรศัพท์.....E-mail.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
.....

มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภท เวชกรรมไทย เลขที่.....
 เภสัชกรรมไทย เลขที่..... การนวดไทย เลขที่..... การผดุงครรภ์ไทย
เลขที่.....

ความต้องการขอขึ้นทะเบียนใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภท เวชกรรมไทย
 เภสัชกรรมไทย การนวดไทย การผดุงครรภ์ไทย

มีใบครุมอบตัวศิษย์ สาขาการแพทย์แผนไทย ประเภท เวชกรรมไทย เลขที่.....
 เภสัชกรรมไทย เลขที่..... การนวดไทย เลขที่..... การผดุงครรภ์ไทย
เลขที่.....

ความต้องการช่วยเหลือรับมอบตัวศิษย์ให้กับเพื่อนนักศึกษา เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย
 การนวดไทย การผดุงครรภ์ไทย

ความต้องการจัดตั้งสมาคมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ต้องการ ไม่ต้องการ
เหตุผล.....
.....

หมายเหตุ: กรณีมีความต้องการขอขึ้นทะเบียนใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือมีใบครุ
สามารถช่วยรับมอบตัวศิษย์ให้กับเพื่อนนักศึกษา ให้แจ้งความจำนงมาที่คลินิกแพทย์แผนไทย
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 02-504-8968 หรืออาจารย์กิตติ ลีสยาม 081-01-42449 หรือส่งแบบสำรวจ
ทาง FAX 02-503-3610 หรือทาง E-mail : kittizen2511@hotmail.com หรือส่งทางไปรษณีย์ถึงอาจารย์
กิตติ ลีสยาม สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.สุโขทัยธรรมาธิราช ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120