



คำขอสมัครเป็นสมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์

เขียนที่

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) เลขประจำตัวประชาชน

เลขหนังสือเดินทางของบุคคลต่างด้าว.....

อายุปี เกิดวันที่เดือน.....พ.ศ..... สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน

ตำบล/แขวงอำเภอ/เขตจังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ บ้าน..... มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail address.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

โทรสาร.....

สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา..... ประเทศ.....

วุฒิการศึกษา วันที่เดือน พ.ศ.....

ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาเทคนิคการแพทย์ติดต่อ () ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน () สถานที่ปฏิบัติงาน หรือ

() ที่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

(๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือสำเนาบัตรพนักงานของรัฐ
กรณีเป็นคนต่างด้าวต้องมีหนังสือเดินทางหรือเอกสารคนต่างด้าว

(๒) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๓) สำเนาหลักฐานแสดงวุฒิในวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

(๔) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวก ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว

จำนวน ๓ ภาพ

(๕) ใบรับรองแพทย์ ตามแบบที่สภาเทคนิคการแพทย์กำหนด

(๖) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าขึ้นทะเบียนสมาชิก จำนวน.....บาท (.....)

พร้อมคำขอนี้แล้ว

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ

(.....)