

ภาพถ่าย
๑ นิ้ว

สททพ.๒๑

คำขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่บ้าน ตรอก/ซอย.....

ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....

ฝ่าย/แผนก/งาน..... เลขที่..... ถนน.....

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

โทรศัพท์..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาเทคนิคการแพทย์ติดต่อ

() ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน () สถานที่ปฏิบัติงาน () หรือที่บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือใบประกอบโรคศิลปะ เลขที่.....

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (ถ้ามี)

มีความประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์และได้แนบเอกสาร

ประกอบการพิจารณาดังนี้

(๑) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาเทคนิคการแพทย์

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก

(๓) ใบรับรองหน่วยคะแนนของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสภาเทคนิคการแพทย์

(๔) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ทำปกติ ไม่สวมแว่นตา ดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ภาพ

(๕) สำเนาเอกสารการโอนเงินค่าแบบคำขอและค่าธรรมเนียมขอต่ออายุใบอนุญาต จำนวน ๑,๐๐๐ บาท

(๖) เอกสารอื่น ๆ (ระบุ)

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ

(.....)