



คำขอสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

เขียนที่.....

วันที่เดือนพ.ศ.....

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)เลขประจำตัวประชาชน.....

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

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

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

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

โทรสาร..... E-mail address.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบันเลขที่หมู่ที่ตรอก/ซอย.....

ถนนตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์.....โทรสาร.....

สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาประเทศ.....

ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาเทคนิคการแพทย์ติดต่อ () ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน () สถานที่ปฏิบัติงาน หรือ

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

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์จะขอสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณาคือ

(๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

(๒) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๓) สำเนาปริญญาบัตรหรือหนังสือรับรองจากสถาบันการศึกษา

(๔) ใบรับรองแพทย์ ตามแบบที่สภาเทคนิคการแพทย์กำหนด

(๕) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ทำปกติ ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ นิ้ว ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ ภาพ

(๖) หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียม เป็นเงินบาท (.....)

พร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ

(.....)

การสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ครั้งที่.....

กรุณาเลือกประเภทการสอบ โดยทำเครื่องหมาย ลงในช่อง ตามรายละเอียดข้างต้น

สอบรวมทุกรายวิชา

สอบเลือกรายวิชา(แนบสำเนาผลสอบ-ถ้ามี)

<input type="checkbox"/> กฎหมายและมาตรฐานทางวิชาชีพ	<input type="checkbox"/> เคมีคลินิก	<input type="checkbox"/> จุลชีววิทยา	<input type="checkbox"/> ภูมิคุ้มกันวิทยา
<input type="checkbox"/> ธนาคารโลหิต	<input type="checkbox"/> จุลทรรศน์ศาสตร์คลินิกและปรสิตวิทยา	<input type="checkbox"/> โลหิตวิทยา	

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่.....

ใบรับรองแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.
ได้ตรวจร่างกาย(นาย/นาง/นางสาว).....
เมื่อวันที่ เดือน.....พ.ศ..... ตามรายการดังต่อไปนี้

- (๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
- (๒) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (๓) โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่

การตรวจครั้งนี้พบว่า (นาย/นาง/นางสาว)..... ไม่เป็นโรค
ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

(ลงนาม)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ