

เลขที่รับ.....
วันที่.....
ผู้รับ.....



สททพ.๑๒
ปรับปรุง ครั้งที่ ๒

คำขอใบแทนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี

สมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์เลขที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เลขที่ ท.น.

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....อาคาร.....ชั้น.....ถนน.....

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

โทรศัพท์ บ้าน.....มือถือ..... E-mail address.....Line.....

สถานที่ปฏิบัติงาน () ภาครัฐ () ภาคเอกชน () ยังไม่ทำงาน () ศึกษาต่อ.....() อื่นๆ.....

ชื่อหน่วยงาน.....เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....อาคาร.....ชั้น.....

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

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

ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาเทคนิคการแพทย์ติดต่อ () ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน () สถานที่ปฏิบัติงาน หรือ

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

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

โทรศัพท์

มีความประสงค์จะขอใบแทนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เนื่องจาก

() ขำรุค

() สูญหาย

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐาน มาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณาคือ

(๑) ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ที่ขำรุค หรือหนังสือรับแจ้งความของพนักงานสอบสวนกรณี

ใบอนุญาตสูญหาย

(๒) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตาดำ ไม่สวมหมวก ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว

จำนวน ๓ ภาพ

(๓) หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียม จำนวน ๒๐๐ บาท

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ

(.....)