

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



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  
ประกอบการพิจารณา ดังนี้

- (๑) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาเทคนิคการแพทย์
- (๒) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก (ถ้ามี)
- (๓) ใบรับรองหน่วยคะแนนของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสภาเทคนิคการแพทย์
- (๔) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ทำปกติ ไม่สวมแว่นตา คำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ภาพ
- (๕) สำเนาเอกสารการโอนเงินค่าแบบคำขอและค่าธรรมเนียมขอต่ออายุใบอนุญาต จำนวน ๑,๐๐๐ บาท
- (๖) เอกสารอื่น ๆ (ระบุ) .....

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)