



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

คำขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ กรณีใบอนุญาตหมดอายุ

เขียนที่.....

วันที่เดือน พ.ศ.....

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) เลขประจำตัวประชาชน

เลขหนังสือเดินทางของบุคคลต่างด้าว.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

วุฒิการศึกษา วันที่ เดือน พ.ศ.

ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาเทคนิคการแพทย์ติดต่อ () ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน () สถานที่ปฏิบัติงาน

หรือ () ที่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... อาคาร..... ชั้น

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

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

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือใบประกอบโรคศิลปะ เลขที่ ท.น.

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน..... พ.ศ..... หมดอายุวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... (ถ้ามี)

มีความประสงค์ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐาน มาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณาคือ

- (๑) สำเนาหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิกหรือสำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์ (ถ้ามี)
- (๒) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือต้นฉบับใบอนุญาตที่ไม่ได้กำหนดวันหมดอายุ
- (๓) ใบรับรองหน่วยคะแนนของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องเทคนิคการแพทย์
- (๔) คำชี้แจงเหตุผลหรือความจำเป็นที่ไม่ได้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนที่ใบอนุญาตจะหมดอายุ

(๕) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตาดำ สวมใส่ชุดสุขภาพ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ ภาพ

(๖) เอกสารอื่น ๆ (ระบุ)

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

หมายเหตุ เอกสารหมายเลข (๓) สำนักงานเลขาธิการจัดเตรียมให้ได้

วันที่ประเมินความรู้.....