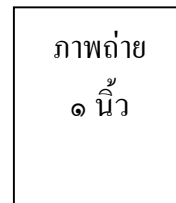


เลขที่รับ.....
วันที่.....
ผู้รับ.....



คำขอหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
เลขประจำตัวประชาชน เลขหนังสือเดินทางของบุคคลต่างด้าว.....
ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาเทคนิคการแพทย์ติดต่อ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... อาคาร..... ชั้น.....
ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ บ้าน..... มือถือ.....
E-mail address..... Line.....

มีความประสงค์จะขอรับหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

จำนวน..... ฉบับ เพื่อ () ศึกษาต่อ
() ปฏิบัติงาน
() อื่นๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐาน มาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณาคือ

- (๑) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวก ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ภาพ
- (๒) หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียม
- (๓) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ส่วนของผู้ยื่นคำขอ

สมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์เลขที่

ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เลขที่ ท.น.