



ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องเทคนิคการแพทย์ สภาเทคนิคการแพทย์  
Continuing Medical Technology Education Center

แบบยื่นขอเป็นสถาบันสมทบ  
เพื่อผลิตกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องทางเทคนิคการแพทย์

ชื่อหน่วยงาน :
<b>ลักษณะขององค์กร</b> <input type="checkbox"/> เป็นสถาบันการศึกษา (คณะ/ภาควิชา/หน่วยงานที่มีฐานะเทียบเท่าคณะหรือภาควิชา) <input type="checkbox"/> เป็นสถานพยาบาลประเภท (โปรดระบุ) ..... มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย .....เตียง มีจำนวนเทคนิคการแพทย์ในสังกัด .....คน <input type="checkbox"/> เป็นหน่วยงาน/องค์กรของรัฐ หรือเอกชน (โปรดระบุ) .....
<b>ขอแสดงความจำนงเข้าเป็นสถาบันสมทบ ในเครือข่ายของสถาบันหลัก</b> ชื่อสถาบันหลัก .....
<b>หลักฐานแสดงคุณสมบัติของสถาบันสมทบ</b> <input type="checkbox"/> หนังสือตอบรับการเป็นสถาบันสมทบจากสถาบันหลัก <input type="checkbox"/> หลักฐานแสดงว่าเป็นสถาบันการศึกษาที่ได้รับการรับรองจากสภาสถาบันที่จัดการศึกษาและสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา (กรณีสถาบันการศึกษา) <input type="checkbox"/> สำเนาแผนภูมิแสดงหน่วยงานเทคนิคการแพทย์ที่อยู่ในโครงสร้างการบริหารอย่างเป็นทางการของสถานพยาบาล (กรณีสถานพยาบาล) <input type="checkbox"/> สำเนาใบจดทะเบียนเป็นสถานประกอบการผลิตหรือนำเข้าเครื่องมือทางการแพทย์กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (กรณีเป็นบริษัทเอกชน) <input type="checkbox"/> หลักฐานแสดงการจัดกิจกรรมประเภทที่ 1 ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมาก่อนสมัครเป็นสถาบันสมทบ <input type="checkbox"/> สำเนาคำสั่งผู้มีหน้าที่รับผิดชอบการจัดหลักสูตรหรือกิจกรรม และแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงาน <input type="checkbox"/> หลักฐานแสดงระบบสารสนเทศของหน่วยงานที่สามารถเชื่อมต่อกับศูนย์การศึกษาต่อเนื่องได้
<b>รายชื่อผู้รับผิดชอบการจัดหลักสูตรหรือกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องของสถาบัน</b> ชื่อ นาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล ..... ตำแหน่งในองค์กร ..... ที่อยู่อาคาร.....ชั้นที่.....เลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย..... แขวง/ตำบล.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....Website: .....
ขอสมัครเข้าเป็นสถาบันสมทบในการจัดการศึกษาต่อเนื่องของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสภาเทคนิคการแพทย์โดย ผู้ยื่นคำขอยินดีชำระค่าธรรมเนียมในการรับรองสถาบันสมทบจำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

หมายเหตุ หน่วยงานที่ยื่นขอตามระเบียบศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสภาเทคนิคการแพทย์ ว่าด้วยการแบ่งประเภทคุณสมบัติ และอำนาจหน้าที่ของสถาบันฝึกอบรมการศึกษาต่อเนื่องของเทคนิคการแพทย์ ต้องมีคุณสมบัติตามข้อ 5

สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก วันที่รับเรื่อง ..... วันที่อนุมัติ ..... วันที่หมดอายุ.....
---

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง .....  
วันที่ .....