

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



คำขอรับใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตถูกเพิกถอน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)เลขประจำตัวประชาชน.....

เลขหนังสือเดินทางของบุคคลต่างด้าวอายุ.....ปี

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.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือใบประกอบโรคศิลปะ เลขที่ ท.น.

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

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ โดยข้าพเจ้าได้แนบเอกสารและหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

(๑) สำเนาหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิกหรือสำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์ (ถ้ามี)

(๒) ใบอนุญาตที่ถูกเพิกถอน

(๓) ใบรับรองหน่วยคะแนนของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องเทคนิคการแพทย์

(๔) สำเนาเอกสารที่คณะกรรมการได้ปฏิเสธการออกใบอนุญาต (ถ้ามี)

(๕) หนังสือรับรองซึ่งออกโดยหน่วยงานต้นสังกัดหรือผู้บังคับบัญชาของผู้ยื่นคำขอ (ถ้ามี)

(๖) ภาพถ่ายหน้าตารั้งครั้งตัว ไม่สวมแว่นตาดำ ไม่สวมหมวกขนาด ๑ นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๓ ภาพ

(๗) เอกสารอื่น (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ เอกสารหมายเลข (๓) สำนักงานเลขาธิการจัดเตรียมให้ได้

วันที่ประเมินความรู้.....