



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

**คำขอแก้ไขหรือเพิ่มเติมรายการในทะเบียน และใบอนุญาต**

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... อายุ ..... ปี

สมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์เลขที่ ..... เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เลขที่ ท.น. ....

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..... ซอย..... อาคาร..... ชั้น ..... ถนน .....

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

โทรศัพท์ .....

บัดนี้ข้าพเจ้าได้ ( ) เปลี่ยนชื่อตัวเป็น.....

( ) เปลี่ยนชื่อสกุลเป็น.....

( ) เพิ่มยศเป็น .....

( ) แก้ไขหรือเพิ่มเติมรายการในทะเบียนและใบอนุญาต.....

( ) อื่นๆ (ระบุ) .....

**มีความประสงค์ให้สภาเทคนิคการแพทย์แก้ไขหลักฐานต่าง ๆ**

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

(๑) สำเนาหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิกหรือสำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก

(๒) ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฉบับเดิม

(๓) สำเนาหนังสือสำคัญการเปลี่ยน คำนำหน้าชื่อ ชื่อตัว ชื่อสกุล ยศ

(๔) หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียม จำนวน ๑๐๐ บาท

(๕) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)