



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

คำขอแปลใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่).....

สมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์ เลขที่.....เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ใบอนุญาตที่ 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.....

มีความประสงค์จะขอคำแปลใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ จำนวน..... ฉบับเพื่อ

() ศึกษาต่อ () ปฏิบัติงาน () อื่นๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

(๑) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

(๒) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ทำปกติ ไม่สวมแว่นตาดำ ไม่สวมหมวกขนาด ๑ นิ้ว ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๓ ภาพ

(๓) หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม จำนวน ๒๐๐ บาท

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมคำแปลใบอนุญาต จำนวน.....บาท (.....)

พร้อมคำขอนี้แล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)