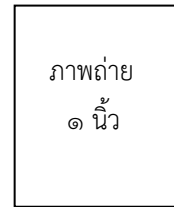


เลขที่รับ.....
วันที่.....
ผู้รับ.....



สทพ.๗
ปรับปรุง ครั้งที่ ๒

คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

เขียนที่.....

วันที่เดือนพ.ศ.....

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว /ยศ.....) เลขประจำตัวประชาชน
เลขหนังสือเดินทางของบุคคลต่างด้าว.....
อายุปี เกิดวันที่เดือน.....พ.ศ..... สัญชาติ..... เชื้อชาติ ศาสนา
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.....
สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา..... ประเทศ.....
วุฒิการศึกษา วันที่เดือนพ.ศ.....

ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาเทคนิคการแพทย์ติดต่อ () ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน () สถานที่ปฏิบัติงาน
หรือ () ที่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... อาคาร..... ชั้น
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

มีความประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐาน มาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณาคือ

- (๑) สำเนาหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิกหรือสำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์
- (๒) สำเนาใบอนุญาตจากต่างประเทศ กรณีผู้ขอขึ้นทะเบียนสำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาในต่างประเทศและเป็นผู้ไม่มีสัญชาติไทย
- (๓) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวก ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ ภาพ
- (๔) หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียม จำนวน ๑,๐๐๐ บาท
- (๕) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ

(.....)