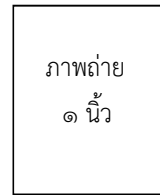


เลขที่รับ.....  
วันที่.....  
ผู้รับ.....



สททพ.๗  
ปรับปรุง ครั้งที่ ๒

### คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

เขียนที่.....

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ.....

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว /ยศ.....) ..... เลขประจำตัวประชาชน .....  
เลขหนังสือเดินทางของบุคคลต่างด้าว.....  
อายุ .....ปี เกิดวันที่ .....เดือน.....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 ..... วันที่ .....เดือน .....พ.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 ทำปกติ ไม่สวมแว่นตา ดำ ไม่สวมหมวก ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ ภาพ
- (๔) หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียม จำนวน ๑,๐๐๐ บาท
- (๕) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)