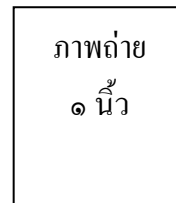


เลขที่รับ.....  
วันที่.....  
ผู้รับ.....



### คำขอหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... อายุ ..... ปี  
เลขประจำตัวประชาชน ..... เลขหนังสือเดินทางของบุคคลต่างด้าว.....  
ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาเทคนิคการแพทย์ติดต่อ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... อาคาร..... ชั้น.....  
ถนน ..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ บ้าน..... มือถือ.....  
E-mail address..... Line.....

**มีความประสงค์จะขอรับหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์**

จำนวน..... ฉบับ เพื่อ ( ) ศึกษาต่อ  
( ) ปฏิบัติงาน  
( ) อื่นๆ (ระบุ) .....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐาน มาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณาคือ

- (๑) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวก ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ภาพ
- (๒) หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียม
- (๓) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

### ส่วนของผู้ยื่นคำขอ

สมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์เลขที่ .....

ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เลขที่ ท.น. ....