

ข้อบังคับสภาเทคนิคการแพทย์

ว่าด้วยการขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาต การออกใบแทนใบอนุญาต
และการอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

พ.ศ. ๒๕๕๕

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๓ (๔) (ข) (ค) และด้วยความเห็นชอบของสภานายกพิเศษ
ตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๓ อันเป็นพระราชบัญญัติ
ที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๕ ประกอบกับ
มาตรา ๓๑ มาตรา ๓๕ มาตรา ๓๕ มาตรา ๔๘ และมาตรา ๕๐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
บัญญัติให้กระทำได้ โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย คณะกรรมการสภาเทคนิคการแพทย์
ออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับสภาเทคนิคการแพทย์ ว่าด้วยการขึ้นทะเบียน การออก
ใบอนุญาต การออกใบแทนใบอนุญาต และการอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิค
การแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๕”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในข้อบังคับนี้

“ใบอนุญาต” หมายความว่า ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสภาเทคนิคการแพทย์

“ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

“เลขานุการ” หมายความว่า เลขานุการสภาเทคนิคการแพทย์

หมวด ๑

การขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาต

ส่วนที่ ๑

คุณสมบัติของผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

ข้อ ๔ ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตจะต้องเป็นสมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์

ข้อ ๕ ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตต้องมีความรู้ในวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ตามกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) ได้รับปริญญา หรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาในวิชาชีพเทคนิคการแพทย์จากสถาบันการศึกษาในประเทศที่สภาเทคนิคการแพทย์รับรอง

(๒) ได้รับปริญญา หรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาในวิชาชีพเทคนิคการแพทย์จากสถาบันการศึกษาในต่างประเทศที่สภาเทคนิคการแพทย์รับรอง ในกรณีที่ผู้ไม่มีสัญชาติไทยจะต้องได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ในต่างประเทศซึ่งสภาเทคนิคการแพทย์รับรองใบอนุญาตนั้นด้วย

(๓) ได้ผ่านการสอบความรู้ตามข้อบังคับว่าด้วยการนั้นแล้ว

ส่วนที่ ๒

การขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

ข้อ ๖ สมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์ผู้ประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอตามแบบ สทพ.๖ ทำข้อมบบังคับนี้ ต่อเลขาธิการ พร้อมด้วยหลักฐาน ดังต่อไปนี้

(๑) สำเนาหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิกหรือสำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์

(๒) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๓) หลักฐานแสดงวุฒิในวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

(๔) สำเนาใบอนุญาตจากต่างประเทศกรณีผู้ขอขึ้นทะเบียนสำเร็จการศึกษาในต่างประเทศ และเป็นผู้ไม่มีสัญชาติไทย

(๕) ภาพถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ทำปกติ ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวกซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ ภาพ

(๖) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการตรวจสอบความถูกต้องของคำขอ แล้วให้เสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติ

ให้เลขาธิการแจ้งผลการพิจารณาอนุมัติหรือไม่อนุมัติของคณะกรรมการให้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตทราบภายในหกสิบวัน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติ

ข้อ ๘ ผู้ที่ได้รับอนุมัติขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตแล้ว ให้เลขาธิการดำเนินการขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาต

ใบอนุญาตให้ใช้ตามแบบ สทพ.๘ ทำข้อมบบังคับนี้

หมวด ๒

หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

ข้อ ๕ ผู้ที่ได้รับอนุมัติให้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต ผู้ใดประสงค์จะได้หนังสือรับรองดังกล่าว ให้ยื่นคำขอตามแบบ สทพ.๕ ท้ายข้อบังคับนี้ ต่อเลขานุการ พร้อมด้วยหลักฐาน ดังต่อไปนี้

(๑) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์ หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือสำเนาบัตรพนักงานของรัฐ กรณีเป็นคนต่างด้าวต้องมีหนังสือเดินทางหรือเอกสารคนต่างด้าว

(๒) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวก ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ภาพ

(๓) สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้อ ๑๐ เมื่อเลขานุการได้ตรวจสอบคำขอและผู้ยื่นคำขอได้ชำระค่าธรรมเนียมหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนแล้ว ให้ออกหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนตามแบบ สทพ.๑๐ ท้ายข้อบังคับนี้ให้แก่ ผู้ขอ

หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนตามวรรคหนึ่ง ให้มีอายุหนึ่งร้อยแปดสิบวัน นับแต่วันที่ออกหนังสือรับรอง

หมวด ๓

การขอและการออกใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตถูกเพิกถอน

ข้อ ๑๑ ผู้ที่เคยได้รับใบอนุญาตและใบอนุญาตถูกเพิกถอน เมื่อพ้นกำหนดสองปีนับแต่วันที่ ถูกเพิกถอนใบอนุญาตหรือเมื่อสิ้นระยะเวลาหนึ่งปี นับแต่วันที่คณะกรรมการปฏิเสธการออกใบอนุญาต ตามที่ขอรับใหม่ครั้งแรก ประสงค์จะขอรับใบอนุญาตใหม่ ให้ยื่นคำขอต่อเลขานุการตามแบบ สทพ.๑๑ ท้ายข้อบังคับนี้ พร้อมด้วยหลักฐาน ดังต่อไปนี้

(๑) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์ หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือสำเนาบัตรพนักงานของรัฐ กรณีเป็นคนต่างด้าวต้องมีหนังสือเดินทางหรือเอกสารคนต่างด้าว

(๒) ใบอนุญาตและสำเนาคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาต

(๓) สำเนาเอกสารที่คณะกรรมการได้ปฏิเสธการออกใบอนุญาต กรณีเป็นการยื่นคำขอรับใบอนุญาตใหม่

(๔) เอกสารแสดงหรือรับรองความประพฤติและการประกอบอาชีพหรือการทำงานระหว่างถูกเพิกถอนใบอนุญาต ซึ่งออกโดยหน่วยงานต้นสังกัด หรือผู้บังคับบัญชาของผู้ยื่นคำขอ (ถ้ามี)

(๕) ภาพถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาคำ ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๓ ภาพ

(๖) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้อ ๑๒ เมื่อเลขาธิการตรวจสอบคำขอแล้ว พบว่าหลักฐานครบและถูกต้อง ให้เสนอคณะกรรมการพิจารณา ในการพิจารณาของคณะกรรมการให้ดำเนินการประเมินความประพฤติ ความรู้ ความสามารถตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข หรือวิธีการที่กำหนด ก่อนที่จะพิจารณานุมัติหรือไม่อนุมัติให้ออกใบอนุญาต

เมื่อคณะกรรมการอนุมัติหรือไม่อนุมัติให้ออกใบอนุญาต ให้เลขาธิการแจ้งผู้ยื่นคำขอทราบภายในหกสิบวัน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติ

ข้อ ๑๓ ในกรณีที่คณะกรรมการอนุมัติให้ออกใบอนุญาต และผู้ยื่นคำขอได้ชำระค่าธรรมเนียมการออกใบอนุญาตแล้ว ให้เลขาธิการดำเนินการออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ยื่นคำขอ โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่คณะกรรมการอนุมัติและให้ดำเนินการแก้ไขในทะเบียน

หมวด ๔

ใบแทนใบอนุญาต

ข้อ ๑๔ ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ผู้ใดที่ใบอนุญาตชำรุดหรือสูญหาย ให้ยื่นคำขอรับใบแทนใบอนุญาตตามแบบ สทพ.๑๒ ทำยข้อบังคับนี้ ต่อเลขาธิการ พร้อมด้วยหลักฐาน ดังต่อไปนี้

(๑) ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ที่ชำรุด หรือหนังสือรับแจ้งความของพนักงานสอบสวนกรณีใบอนุญาตสูญหาย

(๒) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตาคำ ไม่สวมหมวก ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ ภาพ

(๓) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้อ ๑๕ เมื่อเลขธิการได้ตรวจสอบคำขอและเห็นว่าถูกต้องและผู้ยื่นคำขอได้ชำระค่าธรรมเนียม ใบแทนใบอนุญาตแล้ว ให้เสนอนายกสภาเทคนิคการแพทย์อนุมัติให้ออกใบแทนใบอนุญาตให้แก่ผู้ยื่น คำขอ

ข้อ ๑๖ ใบแทนใบอนุญาตให้ใช้แบบ สทพ.๘ ท้ายข้อบังคับนี้ โดยมี คำว่า “ใบแทน” ประทับด้านบนด้วยตัวอักษรสีแดง

หมวด ๕

การขอแก้ไขหรือเพิ่มเติมรายการในทะเบียนและใบอนุญาต

ข้อ ๑๗ ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ผู้ใดขอแก้ไขหรือเพิ่มเติมรายการในทะเบียนและ ใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอตามแบบ สทพ.๑๓ ท้ายข้อบังคับนี้ ต่อเลขธิการ พร้อมด้วยหลักฐาน ดังต่อไปนี้

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก
- (๒) ใบอนุญาต
- (๓) สำเนาหนังสือสำคัญการได้รับอนุมัติให้เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ยศ หรือการขอแก้ไขหรือ เพิ่มเติมรายการในทะเบียนและใบอนุญาต
- (๔) สำเนาทะเบียนสมรส กรณีขอเปลี่ยนชื่อสกุลเพราะการสมรส
- (๕) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้อ ๑๘ เมื่อเลขธิการได้ตรวจสอบคำขอและผู้ยื่นคำขอได้ชำระค่าธรรมเนียมแก้ไขหรือ เพิ่มเติมรายการในทะเบียนและใบอนุญาตแล้ว ให้ดำเนินการแก้ไขหรือเพิ่มเติมรายการในทะเบียนและ หลักฐานอื่น ๆ ในทะเบียนและใบอนุญาต

การแก้ไขใบอนุญาตจะดำเนินการแก้ไขโดยการขีดฆ่าข้อความเดิม แล้วเขียนหรือพิมพ์ข้อความใหม่ หรือบันทึกข้อความที่แก้ไขที่ด้านหลังของใบอนุญาตก็ได้ โดยให้เลขธิการลงชื่อกำกับด้วย

หมวด ๖

การขอแปลใบอนุญาต

ข้อ ๑๙ ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ผู้ใดประสงค์จะให้สภาเทคนิคการแพทย์แปลใบอนุญาต เป็นภาษาอังกฤษ ให้ยื่นคำขอตามแบบ สทพ.๑๔ ท้ายข้อบังคับนี้ ต่อเลขธิการ พร้อมด้วยหลักฐาน ดังต่อไปนี้

(๑) สำเนาใบอนุญาต หรือหนังสือสำคัญอื่นที่แสดงว่าเป็นผู้ได้รับใบอนุญาต

(๒) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ นิ้ว ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๓ ภาพ

(๓) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้อ ๒๐ เมื่อเลขาธิการได้ตรวจสอบคำขอแล้วเห็นว่าถูกต้องและผู้ยื่นคำขอได้ชำระค่าธรรมเนียม ค่าแปลใบอนุญาตนี้แล้ว ให้ดำเนินการออกใบแปลใบอนุญาตตามแบบ สททพ.๑๕ และ สททพ.๑๖ ท้ายข้อบังคับนี้ให้แก่ผู้ยื่นคำขอ

หมวด ๗

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๒๑ ผู้ที่คณะกรรมการได้อนุมัติให้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตก่อนวันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ ให้ถือว่าผู้นั้นได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตตามข้อบังคับนี้ตั้งแต่วันที่คณะกรรมการอนุมัติ

หมวด ๘

ค่าธรรมเนียม

ข้อ ๒๒ ให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียม ดังนี้

(๑) ค่าคำขอแก้ไขหรือเพิ่มเติมรายการในทะเบียนและใบอนุญาต ฉบับละ ๑๐๐ บาท

(๒) ค่าใบแปลใบอนุญาต ฉบับละ ๒๐๐ บาท

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๕

สมชาย วิริยะยุทธกร

นายกสภาเทคนิคการแพทย์



คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

เขียนที่.....

วันที่เดือน พ.ศ.....

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) เลขประจำตัวประชาชน

เลขหนังสือเดินทางของบุคคลต่างด้าว.....

อายุ ปี เกิดวันที่เดือน..... พ.ศ..... สัญชาติ..... เชื้อชาติ ศาสนา

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ บ้าน..... มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail address.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....เลขที่..... หมู่ที่

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

โทรสาร.....

สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา.....ประเทศ.....

วุฒิการศึกษา วันที่เดือน พ.ศ.....

ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาเทคนิคการแพทย์ติดต่อ () ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน () สถานที่ปฏิบัติงาน หรือ () ที่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

มีความประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐาน มาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

(๑) สำเนาหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิกหรือสำเนายัตริประจำตัวสมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์

(๒) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๓) หลักฐานแสดงวุฒิในวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

(๔) สำเนาใบอนุญาตจากต่างประเทศ กรณีผู้ขอขึ้นทะเบียนสำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาในต่างประเทศและเป็นผู้ไม่มีสัญชาติไทย

(๕) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ทำปกติ ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวก ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด

๑ นิ้ว จำนวน ๓ ภาพ

(๖) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ เป็นเงิน บาท
(.....) พร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ
(.....)



ภาพถ่าย
๑ นิ้ว

คำขอหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
สมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์เลขที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เลขที่ ท.น.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย..... ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ บ้าน..... มือถือ.....
โทรสาร..... E-mail address.....
สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน เลขที่ ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
โทรสาร.....

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

มีความประสงค์จะขอรับหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

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

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐาน มาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณาคือ

(๑) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์ หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือสำเนาบัตรพนักงานของรัฐ กรณีเป็นคนต่างด้าวต้องมีหนังสือเดินทางหรือเอกสารคนต่างด้าว

(๒) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ทำปกติ ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวก ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ภาพ

(๓) สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ (๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียม จำนวน บาท (.....) พร้อมคำขอนี้แล้ว

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ (.....)



หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

หนังสือรับรองฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ได้รับอนุญาตจากสภาเทคนิคการแพทย์ให้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์
ใบอนุญาตเลขที่ ท.น. เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ภาพถ่าย
๑ นิ้ว

()

เลขาธิการสภาเทคนิคการแพทย์

หนังสือรับรองฉบับนี้มีอายุหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันออก



**คำขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
กรรมิใบอนุญาตถูกเพิกถอน**



เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)เลขประจำตัวประชาชน.....

เลขหนังสือเดินทางของบุคคลต่างด้าว.....

อายุ.....ปี ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail address.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....เลขที่..... ต.รอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาเทคนิคการแพทย์ติดต่อ () ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน () สถานที่ปฏิบัติงาน หรือ

() ที่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

เป็นสมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์ เลขที่..... และได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเลขที่ ท.น.

.....ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ โดยข้าพเจ้าได้แนบเอกสารและหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

(๑) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือสำเนาบัตรพนักงานของรัฐ กรณีเป็นคนต่างด้าวต้องมีหนังสือเดินทางหรือเอกสารคนต่างด้าว

(๒) ใบอนุญาตและสำเนาคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาต

(๓) สำเนาเอกสารที่คณะกรรมการได้ปฏิเสธการออกใบอนุญาต กรณีเป็นการยื่นคำขอรับใบอนุญาตใหม่

(๔) ภาพถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวกขนาด ๑ นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๓ ภาพ

(๕) เอกสารแสดงหรือรับรองความประพฤติและการประกอบอาชีพหรือการทำงานระหว่างถูกเพิกถอนใบอนุญาต ซึ่งออกโดยหน่วยงานต้นสังกัด หรือผู้บังคับบัญชาของผู้ยื่นคำขอ (ถ้ามี) ดังต่อไปนี้

() เป็นผู้ปฏิบัติงานในด้านใดด้านหนึ่ง คือ

() ด้านบริการ () ด้านบริหาร () ด้านการศึกษา () ด้านวิชาการ () ด้านการวิจัย

() อื่นๆ (ระบุ).....

ออกโดย.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- () เป็นผู้
 - () ได้รับวุฒิการศึกษาทางเทคนิคการแพทย์เพิ่มเติม
 - () กำลังศึกษาต่อในหลักสูตรเทคนิคการแพทย์ หรือที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพเทคนิคการแพทย์
ออกโดย.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- () เป็นผู้
 - () ได้รับวุฒิการศึกษาในสาขาอื่นเพิ่มเติม.....
 - () กำลังศึกษาต่อในหลักสูตรสาขาอื่น.....
ออกโดย.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- () หลักฐานการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ และ/หรือมีส่วนในการพัฒนาบุคลากร หรือ
พัฒนาวิชาการตามข้อกำหนดของสภาเทคนิคการแพทย์.....
ออกโดย.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(๖) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมการออกใบอนุญาต จำนวน.....บาท
(.....) พร้อมกับคำขอนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)



คำขอใบแทนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี

สมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์เลขที่ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เลขที่ ท.น.

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ บ้าน มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail address.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน เลขที่ ถนน

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาเทคนิคการแพทย์ติดต่อ () ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน () สถานที่ปฏิบัติงาน หรือ

() ที่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

มีความประสงค์จะขอใบแทนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เนื่องจาก

() ขำรุค

() สูญหาย

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐาน มาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณาคือ

(๑) ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ที่ขำรุค หรือหนังสือรับแจ้งความของพนักงานสอบสวนกรณีใบอนุญาตสูญหาย

(๒) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ทำปกติ ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวก ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ ภาพ

(๓) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียม จำนวน บาท (.....)
พร้อมคำขอนี้แล้ว

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ
(.....)



คำขอแก้ไขหรือเพิ่มเติมรายการในทะเบียน และใบอนุญาต

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี

สมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์เลขที่ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เลขที่ ท.น.

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย..... ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ บ้าน..... ที่ทำงาน.....

โทรสาร..... E-mail address.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน เลขที่ ถนน

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ โทรสาร

ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาเทคนิคการแพทย์ติดต่อ () ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน () สถานที่ปฏิบัติงาน หรือ

() ที่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

บัดนี้ข้าพเจ้าได้ () เปลี่ยนชื่อตัวเป็น.....

() เปลี่ยนชื่อสกุลเป็น

() เพิ่มศเป็น

() แก้ไขหรือเพิ่มเติมรายการ ในทะเบียนและใบอนุญาต.....

() อื่นๆ (ระบุ)

มีความประสงค์ให้สภาเทคนิคการแพทย์แก้ไขหลักฐานต่างๆ

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

(๑) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก

(๒) ใบอนุญาต

(๓) สำเนาหนังสือสำคัญการ ได้รับอนุมัติให้เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ยศ หรือการขอแก้ไขหรือเพิ่มเติมรายการ

ในทะเบียนและใบอนุญาต

(๔) สำเนาทะเบียนสมรส กรณีขอเปลี่ยนชื่อสกุลเพราะการสมรส

(๕) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียม จำนวน บาท (.....)

พร้อมคำขอนี้แล้ว

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ

(.....)



คำขอแปลใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

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

สมาชิกสภาเทคนิคการแพทย์ เลขที่.....เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ใบอนุญาตที่ ท.น.

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ บ้าน..... ที่ทำงาน.....

โทรสาร..... E-mail address.....

ที่อยู่ในประเทศไทยเป็นภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่).....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....เลขที่.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาเทคนิคการแพทย์ติดต่อ () ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน () สถานที่ปฏิบัติงาน หรือ

() ที่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

มีความประสงค์จะขอคำแปลใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ จำนวน..... ฉบับเพื่อ

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

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

(๑) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ หรือหนังสือสำคัญอื่นที่แสดงว่าเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตให้เป็น
ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

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

(๓) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมคำแปลใบอนุญาต จำนวน.....บาท

(.....) พร้อมคำขอนี้แล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)



THE MEDICAL TECHNOLOGY COUNCIL
THAILAND

Certificate No.

I hereby certify that

is rightfully entered in the Register of The Medical Technology Council and that the following is the true translation
of the entry in the same Register;

Date of Registration	Name	Age	Nationality	Address	Qualifications	License No.

Certified translation

()

Secretary General

The Medical Technology Council