



**คำขอสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์**

เขียนที่.....

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ.....

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

อายุ .....ปี เกิดวันที่ .....เดือน.....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.....

ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาเทคนิคการแพทย์ติดต่อ ( ) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ( ) สถานที่ปฏิบัติงาน หรือ

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

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

**มีความประสงค์จะขอสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์**

**ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณาคือ**

(๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

(๒) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๓) สำเนาปริญญาบัตรหรือหนังสือรับรองจากสถาบันการศึกษา

(๔) ใบรับรองแพทย์ ตามแบบที่สภาเทคนิคการแพทย์กำหนด

(๕) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ทำปกติ ไม่สวมแว่นตาคำ ไม่สวมหมวกขนาด ๑ นิ้ว ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ ภาพ

(๖) หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียม เป็นเงิน .....บาท (.....)

พร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

การสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ครั้งที่.....

กรุณาเลือกประเภทการสอบ โดยทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง ตามรายละเอียดข้างต้น

สอบรวมทุกรายวิชา

สอบเลือกรายวิชา(แนบสำเนาผลสอบ-ถ้ามี)

กฎหมายและมาตรฐานทางวิชาชีพ

เคมีคลินิก

จุลชีววิทยา

ภูมิคุ้มกันวิทยา

ธนาคารโลหิต

จุลทรรศน์ศาสตร์คลินิกและปรสิตวิทยา

โลหิตวิทยา

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่.....

ใบรับรองแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
ใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
ได้ตรวจร่างกาย(นาย/นาง/นางสาว).....  
เมื่อวันที่ ..... เดือน.....พ.ศ..... ตามรายการดังต่อไปนี้

- (๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
- (๒) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (๓) โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่

การตรวจครั้งนี้พบว่า (นาย/นาง/นางสาว)..... ไม่เป็นโรค  
ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

(ลงนาม) .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ