

เลขที่รับ
วันที่
ลงชื่อ ผู้รับคำขอ

แบบคำขอใบแทนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
 เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. สัญชาติ เลขประจำตัวประชาชน/เลขประจำตัว
 คนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย □□□□□□□□□□□□

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน
 ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน
 ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 หมายเลขโทรศัพท์ E-mail

๒. ได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขา
 ตามใบอนุญาตเลขที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.
 ใช้ได้ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.

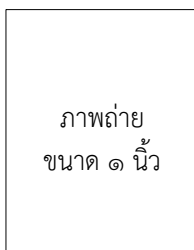
๓. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอใบแทนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

- | | |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สาขากิจกรรมบำบัด (กบ.) | <input type="checkbox"/> สาขาจิตวิทยาคลินิก (จค.) |
| <input type="checkbox"/> สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก (ทท.) | <input type="checkbox"/> สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย (ผส.) |
| <input type="checkbox"/> สาขารังสีเทคนิค (รต.) | <input type="checkbox"/> สาขากายอุปกรณ์ (กอ.) |
| <input type="checkbox"/> สาขาการแพทย์แผนจีน (พจ.) | <input type="checkbox"/> สาขาการกำหนดอาหาร (กนอ.) |
| <input type="checkbox"/> สาขาฉุกเฉินการแพทย์ (ฉพ.) | <input type="checkbox"/> สาขาอื่น ๆ |

เนื่องจาก ๓.๑ ใบอนุญาตชำรุด
 ๓.๒ ใบอนุญาตสูญหาย เมื่อวันที่

เอกสารหรือหลักฐานต่าง ๆ ข้าพเจ้าได้แนบไว้ดังรายละเอียดที่ปรากฏท้ายคำขอนี้

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้อำนวยการหรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี เข้าถึงข้อมูล
 เลขประจำตัวประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทางหรือเลขประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักร
 ตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎรในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอมิได้มีสัญชาติไทย เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ



ลงลายมือ ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าแนบเอกสารหรือหลักฐานต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ๑. บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักร หรือสำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีที่ผู้ยื่นคำขอมิได้มีสัญชาติไทย)
- ๒. ภาพถ่ายใบอนุญาต กรณีที่ใบอนุญาตถูกทำลายในสาระสำคัญ
- ๓. รูปถ่ายขนาดหนึ่งนิ้ว แต่งกายสุภาพ หน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมหมวกหรือแว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกินหกเดือน จำนวน ๓ รูป
- ๔. ข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานอื่น ๆ ในแต่ละวิชาชีพ รายละเอียดแนบท้ายแบบ (ระบุ)
-
-
-
-
-
-
-