

เลขที่รับ
วันที่
ลงชื่อ ผู้รับคำขอ

แบบคำขอหนังสือรับรองมาตรฐานการให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....
มีความประสงค์ขอรับรองมาตรฐานการให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ โดยมีข้อมูลการดำเนินการเทคโนโลยี
ช่วยการเจริญพันธุ์ ดังนี้

๑. ข้อมูลสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง..... อาคาร.....

เลขที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

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

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

Email:

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

๒. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ชื่อ-สกุล

หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ

อายุ..... ปี สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

E-mail:

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ออกให้ ณ วันที่.....

วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ หนังสือรับรอง

สาขา/อนุสาขา..... พ.ศ.

เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

๓. แพทย์ผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ต้องรับผิดชอบการให้บริการในสถานพยาบาลได้ไม่เกิน ๑ แห่ง และมีคุณสมบัติตามประกาศแพทยสภา ที่ ๑/...)

ชื่อ-สกุล

หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ

อายุ ปี สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ มือถือ

E-mail:

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ออกให้ ณ วันที่.....

ได้รับ วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พ.ศ.

สถาบันที่ฝึกอบรม

ได้รับ วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พ.ศ.

จากสถาบัน

ได้รับ หนังสือรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา

สถาบันที่ฝึกอบรม

ได้รับ ประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองจากราชวิทยาลัยฯ

๔. องค์ประกอบของบุคลากรเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

๔.๑ แพทย์ผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (รายละเอียดตามข้อ ๓)

๔.๒ แพทย์ผู้ให้การดูแลรักษา

๔.๒.๑ สูตินรีแพทย์ (ให้ระบุชื่อแพทย์ทุกคน)

๑) ชื่อ-สกุล

หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ

อายุ ปี สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ มือถือ

E-mail:

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. สถาบัน

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ออกให้ ณ วันที่.....

ได้รับ วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พ.ศ.

สถาบันที่ฝึกอบรม

ได้รับ วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พ.ศ.

จากสถาบัน

ได้รับ ประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองจากราชวิทยาลัยฯ

ได้รับ วุฒิอื่นซึ่งได้รับการรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา

สถาบันที่ฝึกอบรม

เป็นสตินรีแพทย์ซึ่งอยู่ในระหว่างการศึกษาอบรมหลักสูตรแพทย์ต่อยอดอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์
ของแพทยสภา

๒) ชื่อ - สกุล.....

หมายเลขบัตรประชาชน ---- ออกให้ ณ

อายุ ปี สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ มือถือ

E-mail:

สำเร็จแพทยศาสตร์บัณฑิต พ.ศ. สถาบัน

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ออกให้ ณ วันที่.....

ได้รับ วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พ.ศ.

สถาบันที่ฝึกอบรม

ได้รับ วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พ.ศ.

จากสถาบัน

ได้รับ ประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองจากราชวิทยาลัยฯ

ได้รับ วุฒิอื่นซึ่งได้รับการรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา

สถาบันที่ฝึกอบรม

เป็นสตินรีแพทย์ซึ่งอยู่ในระหว่างการศึกษาอบรมหลักสูตรแพทย์ต่อยอดอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์
ของแพทยสภา

๓) ชื่อ - สกุล.....

หมายเลขบัตรประชาชน ---- ออกให้ ณ

อายุ ปี สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ มือถือ

E-mail:

สำเร็จแพทยศาสตร์บัณฑิต พ.ศ. สถาบัน

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ออกให้ ณ วันที่.....

ได้รับ วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พ.ศ.

สถาบันที่ฝึกอบรม

ได้รับ วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พ.ศ.

จากสถาบัน

ได้รับ วุฒิอื่นซึ่งได้รับการรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา

สถาบันที่ฝึกอบรม

เป็นสูตินรีแพทย์ซึ่งอยู่ในระหว่างการศึกษาอบรมหลักสูตรแพทย์ต่อยอดอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์
ของแพทยสภา

๔) ชื่อ - สกุล.....

หมายเลขบัตรประชาชน ---- ออกให้ ณ

อายุ ปี สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ มือถือ

E-mail:

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. สถาบัน

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ออกให้ ณ วันที่.....

ได้รับ วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พ.ศ.

สถาบันที่ฝึกอบรม

ได้รับ วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พ.ศ.

จากสถาบัน

ได้รับ วุฒิอื่นซึ่งได้รับการรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา

สถาบันที่ฝึกอบรม

เป็นสูตินรีแพทย์ซึ่งอยู่ในระหว่างการศึกษาอบรมหลักสูตรแพทย์ต่อยอดอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์
ของแพทยสภา

๕) ชื่อ - สกุล.....

หมายเลขบัตรประชาชน ---- ออกให้ ณ

อายุ ปี สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ มือถือ

E-mail:

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. สถาบัน

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ออกให้ ณ วันที่.....

ได้รับ วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พ.ศ.

สถาบันที่ฝึกอบรม

ได้รับ วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พ.ศ.

จากสถาบัน

ได้รับ วุฒิอื่นซึ่งได้รับการรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา

สถาบันที่ฝึกอบรม

เป็นสูตินรีแพทย์ซึ่งอยู่ในระหว่างการศึกษาระดับหลักสูตรแพทย์ต่อยอดอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์
ของแพทยสภา

๔.๒.๒ นักวิทยาศาสตร์ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ หรือ Embryologist (ได้รับ
ปริญญาทางวิทยาศาสตร์ ในสาขาที่เกี่ยวข้อง หรือได้รับวุฒิอื่นที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง)

๑) ชื่อ-สกุล อายุ ปี สัญชาติ

หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....

วุฒิปริญญาทางวิทยาศาสตร์ สาขา ปีที่สำเร็จการศึกษา.....

สถาบัน

หรือ วุฒิอื่นที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง

สถาบันที่ฝึกอบรม

ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART.....

๒) ชื่อ-สกุล อายุ ปี สัญชาติ

หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....

วุฒิปริญญาทางวิทยาศาสตร์ สาขา ปีที่สำเร็จการศึกษา.....

สถาบัน

หรือ วุฒิอื่นที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง

สถาบันที่ฝึกอบรม

ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART.....

๓) ชื่อ-สกุล อายุ ปี สัญชาติ

หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....

วุฒิปริญญาทางวิทยาศาสตร์ สาขา ปีที่สำเร็จการศึกษา.....

สถาบัน

หรือ วุฒิอื่นที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง
 สถาบันที่ฝึกอบรม
 ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART.....

๔.๒.๓ พยาบาลด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ให้ระบุพยาบาล ART ทุกคน)

๑) ชื่อ-สกุล อายุ ปี สัญชาติ
 หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
 ออกให้ ณ วันที่วุฒิการศึกษา สาขา
 ปีที่สำเร็จการศึกษาสถาบัน
 ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART.....

๒) ชื่อ-สกุล อายุ ปี สัญชาติ
 หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
 ออกให้ ณ วันที่วุฒิการศึกษา สาขา
 ปีที่สำเร็จการศึกษาสถาบัน
 ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART.....

๓) ชื่อ-สกุล อายุ ปี สัญชาติ
 หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
 ออกให้ ณ วันที่วุฒิการศึกษา สาขา
 ปีที่สำเร็จการศึกษาสถาบัน
 ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART.....

๔)
 (กรณีมีพยาบาลมากกว่าให้ระบุตามจำนวนที่เป็นจริง)

๔.๒.๔ บุคลากรอื่นๆ เช่น วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ระบบสืบสาวะ นักจิตวิทยา นักพันธุศาสตร์ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น (ถ้ามี)

๑) ชื่อ-สกุล อายุ ปี สัญชาติ
 หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
 ออกให้ ณ วันที่วุฒิการศึกษา สาขา
 ปีที่สำเร็จการศึกษาสถาบัน
 ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART.....

๒) ชื่อ-สกุล อายุ ปี สัญชาติ
 หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
 ออกให้ ณ วันที่วุฒิการศึกษา สาขา
 ปีที่สำเร็จการศึกษาสถาบัน
 ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART.....

๓) ชื่อ-สกุล อายุ ปี สัญชาติ
 หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
 ออกให้ ณ วันที่วุฒิการศึกษา สาขา
 ปีที่สำเร็จการศึกษาสถาบัน
 ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART.....

๔)

(กรณีมีบุคลากรอื่น มากกว่าให้ระบุตามจำนวนที่เป็นจริง)

- | | |
|--|--------------------------|
| ๕. สถานที่เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องมี ดังรายการต่อไปนี้ | มี |
| ๑. ห้องปฏิบัติการเพาะเลี้ยงตัวอ่อน | <input type="checkbox"/> |
| ๒. ห้องสะอาดที่ใช้ในการเก็บไข่ | <input type="checkbox"/> |
| ๓. ห้องปฏิบัติการอสุจิ | <input type="checkbox"/> |
| ๔. เครื่องมือเกี่ยวกับการเตรียมอสุจิซึ่งประกอบด้วยกล้องจุลทรรศน์ และเครื่องปั่นแยกตัวอสุจิ | <input type="checkbox"/> |
| ๕. เครื่องมือเกี่ยวกับการเตรียมไข่ | <input type="checkbox"/> |
| ๖. เครื่องมือเกี่ยวกับการเพาะเลี้ยงตัวอ่อน ตู้เพาะเลี้ยงตัวอ่อน | <input type="checkbox"/> |
| ๗. อุปกรณ์แช่แข็งอสุจิและตัวอ่อน | <input type="checkbox"/> |
| ๘. อุปกรณ์กู้ชีวิต | <input type="checkbox"/> |

๖. การควบคุมคุณภาพและจริยธรรม

มีคณะกรรมการรับผิดชอบในการควบคุมคุณภาพและจริยธรรม

๑) ผู้บริหารฯ หรือตัวแทนของสถานพยาบาล

ชื่อ-สกุล..... อายุ ปี สัญชาติ

หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....

ตำแหน่งในสถานพยาบาล.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ออกให้ ณ วันที่

 วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ หนังสือรับรอง

สาขา/อนุสาขา..... พ.ศ.

๒) สูตินรีแพทย์ (กรรมการที่เป็นสูตินรีแพทย์อย่างน้อยหนึ่งคนต้องมีได้อยู่ที่ทีมงานที่ให้บริการ)

ชื่อ-สกุล..... อายุ ปี สัญชาติ

หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ออกให้ ณ วันที่

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. สถาบัน

ได้รับ วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พ.ศ.

สถาบันที่ฝึกอบรม

ได้รับ วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พ.ศ.

จากสถาบัน

ได้รับ วุฒิอื่น.....

สถาบันที่ฝึกอบรม

๓) นักวิทยาศาสตร์

ชื่อ-สกุล..... อายุ ปี สัญชาติ

หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....

ปริญญาทางวิทยาศาสตร์ สาขา ปีที่สำเร็จการศึกษา.....

สถาบัน

หรือ วุฒิอื่นที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง

สถาบันที่ฝึกอบรม

ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART.....

๔) พยาบาล

ชื่อ-สกุล..... อายุ ปี สัญชาติ

หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

ออกให้ ณ วันที่ วุฒิการศึกษา สาขา

ปีที่สำเร็จการศึกษา สถาบัน

ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART.....

๕) กรรมการอื่น

๑) ชื่อ-สกุล..... อายุ ปี สัญชาติ

หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ออกให้ ณ วันที่ วุฒิการศึกษา

ปีที่สำเร็จการศึกษา สถาบัน

๒) ชื่อ-สกุล..... อายุ ปี สัญชาติ

หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

ออกให้ ณ วันที่ วุฒิการศึกษา

ปีที่สำเร็จการศึกษา สถาบัน

๗. ระบุชื่อโรงพยาบาลที่จะส่งต่อเพื่อรับการรักษากรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้าน

- มารดา.....
- ทารก.....

เอกสารสำคัญที่ต้องแนบ

คำขออนุญาตเข้าพบเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ ของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, แพทย์ผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์, แพทย์ผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มาด้วย จำนวน ฉบับคือ

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
- สำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

- สำเนาฉบับบัตร หรือหนังสืออนุมัติอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์
- สำเนาหนังสือรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา
- หนังสือรับรองจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
- หนังสือแต่งตั้งให้เป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการด้านการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

***** หากมีการเปลี่ยนแปลงส่วนหนึ่งส่วนใดของข้อมูล ต้องแจ้งให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทราบภายใน ๖๐ วัน *****

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ถ้ามีการแก้ไขเพิ่มเติมจะแจ้งให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร ภายใน ๖๐ วัน และจะรักษามาตรฐานการดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ ทุกประการ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล