

เลขที่รับ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

## แบบคำขอเปลี่ยนตัวผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. **ข้าพเจ้า** นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ของสถานพยาบาลชื่อ.....  
ที่ตั้ง..... อาคาร.....  
เลขที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....  
Email: .....

๒. มีความประสงค์ขอเปลี่ยนตัวผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์  
จาก ชื่อ-สกุล ..... เป็น  
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

คำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

(ใช้ของแพทย์ผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์)

- ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ๒. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
- ๓. สำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
- ๔. เอกสารแสดงคุณวุฒิด้านเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์
  - ๔.๒ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์
  - ๔.๒ สำเนาหนังสือรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา
  - ๔.๓ สำเนาหนังสือรับรองจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
- ๕. สำเนาหนังสือแต่งตั้งให้เป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการด้านการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

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

(ลายมือชื่อ) .....  
( ..... )  
แพทย์ผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

- ๑. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.๗)
- ๒. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.๑๙)
- ๓. สำเนาหนังสือรับรองมาตรฐานการให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์
- ๔. ให้ระบุวันที่มีผลบังคับใช้ในหนังสือแต่งตั้งให้เป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์
- ๕. เอกสารทุกฉบับให้ลงนามรับรองสำเนาให้ครบถ้วน