

เลขที่รับ	_____
วันที่	_____
ลงชื่อ	_____ ผู้รับคำขอ

## แบบคำขอเปลี่ยนแปลงบุคลากรเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

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. มีความประสงค์จะเพิ่มบุคลากรเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ เพื่อปฏิบัติงานในสถานพยาบาลแห่งนี้ ดังนี้

 แพทย์ผู้ให้การรักษา จำนวน.....คน

 นักวิทยาศาสตร์ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ หรือ Embryologist จำนวน.....คน

 พยาบาลด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ จำนวน.....คน

 บุคลากรอื่นๆ เช่น วิทยุแพทย์ ศัลยแพทย์ระบบสืบสาวะ นักจิตวิทยา นักพันธุศาสตร์ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น  
จำนวน.....คน

(โดยรายละเอียดเป็นไปตามแบบกรอกข้อมูลบุคลากรเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

ตามแนบท้ายแบบ คทพ. ๑๒)

๓. มีความประสงค์จะแจ้งออกจากการเป็นบุคลากรเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์การแพทย์ เพื่อปฏิบัติงานในสถานพยาบาลแห่งนี้ ดังนี้

แพทย์ผู้ให้การรักษา

ชื่อ - สกุล.....ตั้งแต่วันที่.....

ชื่อ - สกุล.....ตั้งแต่วันที่.....

ชื่อ - สกุล.....ตั้งแต่วันที่.....

นักวิทยาศาสตร์ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ หรือ Embryologist

ชื่อ - สกุล.....ตั้งแต่วันที่.....

ชื่อ - สกุล.....ตั้งแต่วันที่.....

ชื่อ - สกุล.....ตั้งแต่วันที่.....

พยาบาลด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

ชื่อ - สกุล.....ตั้งแต่วันที่.....

ชื่อ - สกุล.....ตั้งแต่วันที่.....

ชื่อ - สกุล.....ตั้งแต่วันที่.....

บุคลากรอื่นๆ เช่น วิทยุแพทย์ ศัลยแพทย์ระบบสืบสาวะ นักจิตวิทยา นักพันธุศาสตร์ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

ชื่อ - สกุล.....ตั้งแต่วันที่.....

ชื่อ - สกุล.....ตั้งแต่วันที่.....

ชื่อ - สกุล.....ตั้งแต่วันที่.....

(กรณีที่แจ้งออกมากกว่าแบบที่กำหนดให้ระบุข้อมูลตามความเป็นจริงให้ครบถ้วน)

คำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

(สำหรับกรณีบุคลากรที่เพิ่ม)

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

สำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

สำเนาหนังสือรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา

หนังสือรับรองจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

สำเนาวุฒิการศึกษา

(ลายมือชื่อ) \_\_\_\_\_ ผู้ยื่นคำขอ

( )

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล