

เลขรับที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง

จค. ๖

คำขอแก้ไขหรือเพิ่มเติมรายการในทะเบียนและใบอนุญาต

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี
ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก
ตามใบอนุญาตเลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
หมดอายุ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์.....
หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ)..... e-mail.....

๒. มีความประสงค์จะขอเปลี่ยน

- ชื่อตัว
 ชื่อสกุล
 การแก้ไขเพิ่มเติมอื่น ๆ

พร้อมกับคำร้องนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยจำนวน.....ฉบับ คือ

- สำเนาใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
 สำเนาทะเบียนบ้าน หรือหลักฐานแสดงถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยกรณีเป็นคนต่างด้าว
 สำเนาทะเบียนสมรส กรณีขอเปลี่ยนชื่อสกุลเพราะการสมรส
 สำเนาหนังสือสำคัญการได้รับอนุญาตให้เปลี่ยนชื่อตัวหรือชื่อสกุลหรือการแก้ไขเพิ่มเติมอื่นๆ
แล้วแต่กรณี
 หนังสือมอบอำนาจ กรณีมอบอำนาจ
 หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ได้รับใบอนุญาตที่แก้ไขแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับ
วันที่.....

ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ