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

พจ.๑

คำร้องขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน

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

๑. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....
เดือน.....พ.ศ..... สัญชาติ.....เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
เลขหนังสือเดินทางของบุคคลต่างด้าว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
อยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ อยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....
หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ).....e-mail.....

๒. มีความรู้ในวิชาชีพโดยได้รับการศึกษาและได้รับปริญญา หรือ ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา สาขาการแพทย์แผนจีน จาก.....เมื่อ พ.ศ. .....

๓. เคยได้รับใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะ สาขา.....
ประเภท.....จากประเทศ.....เมื่อ พ.ศ. .....

๔. ประสงค์ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีน

๕. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- ☐ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งสร้างความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- ☐ ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- ☐ ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ

๖. ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือสำเนาบัตรพนักงานของรัฐ กรณีเป็นคนต่างด้าวต้องมีหนังสือเดินทางหรือเอกสารคนต่างด้าว
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน หรือหลักฐานแสดงถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยกรณีเป็นคนต่างด้าว
- ☐ สำเนาใบรายงานผลการศึกษา หรือสำเนาใบปริญญาบัตรหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา
- ☐ หนังสือแสดงผลการสอบผ่านความรู้จากคณะกรรมการวิชาชีพ (ถ้ามี)
- ☐ หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
- ☐ ภาพถ่ายขนาด ๑ นิ้ว แต่งกายสุภาพ หน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๓ ภาพ (ต้องไม่เป็นภาพถ่ายโพลาลอยด์)
- ☐ สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะจากต่างประเทศสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ ซึ่งมิได้มีสัญชาติไทย
- ☐ หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

ภาพถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน ได้ออกใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ทะเบียนใบอนุญาตเลขที่.....
ผู้ลงนามในใบอนุญาต

( ) ( )
กรรมการและเลขานุการ ประธานกรรมการวิชาชีพ