

แจ้งรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย ประจำปี ๒๕๖๔

ประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย เรื่อง ผลการสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย ประจำปี ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๓ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๔ ได้ประกาศรายชื่อผู้สอบผ่านและได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย นั้น

ในการนี้ กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะได้จัดทำใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะฯ ให้แก่ผู้ที่สอบผ่านและได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย ประจำปี ๒๕๖๔ จำนวน ๒๘ คน เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอแจ้งให้ผู้สอบผ่าน มารับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย ได้ตั้งแต่วันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป ในวันและเวลาราชการ ศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ ชั้น ๑ อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ถ.สาธารณสุข ๘) อ.เมือง จ.นนทบุรี

สิ่งที่ต้องเตรียมมาในวันมารับใบอนุญาตฯ

- ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตฯ ๑,๐๐๐ บาท
- บัตรประชาชน

กรณีที่ท่านไม่สามารถมารับด้วยตนเอง

สามารถให้ผู้อื่นมารับแทนได้

โดยแนบหลักฐาน คือ - หนังสือมอบอำนาจ (ตามแบบฟอร์มที่แนบท้ายประกาศนี้)

- สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตฯ ๑,๐๐๐ บาท

หากมีข้อสงสัยใดๆ โปรดติดต่อ กลุ่มส่งเสริมและพัฒนาการประกอบโรคศิลปะ โทร. ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๗๙ (ในวันและเวลาราชการ)

ใบมอบอำนาจ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ บ้านเลขที่ หมู่ที่

ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอมอบอำนาจให้

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. บ้านเลขที่ หมู่ที่

ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

วัน/เดือน/ปี-ที่ออกบัตร วัน/เดือน/ปี-ที่บัตรหมดอายุ

เป็นผู้แทนของข้าพเจ้า ในการดำเนินการ

ข้าพเจ้าขอยอมรับผิดชอบตามที่ ผู้รับมอบอำนาจ

ได้ดำเนินการไป โดยถือเสมือนว่าเป็นการกระทำของข้าพเจ้าเองทุกประการ

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)