

เลขที่รับ .....

วันที่ .....

ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

## แบบคำขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... อายุ ..... ปี  
เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... สัญชาติ ..... เลขประจำตัวประชาชน/เลขประจำตัว  
คนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย □□□□□□□□□□□□□□□□

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
หมายเลขโทรศัพท์ .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
หมายเลขโทรศัพท์ ..... E-mail .....

๒. ได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขา .....  
ตามใบอนุญาตเลขที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
ใช้ได้ถึงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๓. ข้าพเจ้าประสงค์ขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> สาขากิจกรรมบำบัด (กบ.)            | <input type="checkbox"/> สาขาจิตวิทยาคลินิก (จค.)                        |
| <input type="checkbox"/> สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก (ทท.) | <input type="checkbox"/> สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย (ผส.) |
| <input type="checkbox"/> สาขารังสีเทคนิค (รส.)             | <input type="checkbox"/> สาขากายอุปกรณ์ (กอ.)                            |
| <input type="checkbox"/> สาขาการแพทย์แผนจีน (พจ.)          | <input type="checkbox"/> สาขาการกำหนดอาหาร (กนอ.)                        |
| <input type="checkbox"/> สาขาฉุกเฉินการแพทย์ (ฉพ.)         | <input type="checkbox"/> สาขาอื่น ๆ .....                                |

๔. ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่ที่ ..... เลขที่ .....  
หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ตึก/อาคาร ..... ซอย/ตรอก .....  
ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร/E-mail .....

๕. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งสร้างความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าอาจจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
- ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานต่าง ๆ ข้าพเจ้าได้แนบไว้ดังรายละเอียดที่ปรากฏท้ายคำขอนี้

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้อำนาจการหรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี เข้าถึงข้อมูล  
เลขประจำตัวประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทางหรือเลขประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักร  
ตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎรในกรณีที่ยื่นคำขอมีได้มีสัญชาติไทย เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

ภาพถ่าย  
ขนาด ๑ นิ้ว

ลงลายมือ ..... ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าแนบเอกสารหรือหลักฐานต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ๑. บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักร หรือสำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีที่ยื่นคำขอ มิได้มีสัญชาติไทย)
- ๒. หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ (ใบรับรองแพทย์) ซึ่งรับรองว่าไม่เป็นโรคที่คณะกรรมการวิชาชีพในสาขา ที่ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกาศกำหนดว่าไม่สมควรให้ประกอบโรคศิลปะ ซึ่งออกไม่เกินสามสิบวัน นับถึงวันยื่นคำขอ
- ๓. สำเนาหลักฐานการเก็บคะแนนจากกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องจากคณะกรรมการวิชาชีพในสาขาที่ขอ ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต
- ๔. รูปถ่ายขนาดหนึ่งนิ้ว แต่งกายสุภาพ หน้าตรง ครี้งตัว ท่าปกติ ไม่สวมหมวกหรือแว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน หกเดือน จำนวน ๓ รูป
- ๕. ข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานอื่น ๆ ในแต่ละวิชาชีพ รายละเอียดแนบท้ายแบบ (ระบุ) .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....