

## ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

เรื่อง การกำหนดแบบตามกฎกระทรวงการขึ้นทะเบียนและการอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

พ.ศ. ๒๕๖๖

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๖ แห่งกฎกระทรวงการขึ้นทะเบียนและการอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๖๕ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง การกำหนดแบบตามกฎกระทรวงการขึ้นทะเบียนและการอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง การกำหนดแบบตามกฎกระทรวงการขึ้นทะเบียนและการอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๕

ข้อ ๔ แบบคำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ให้เป็นไปตามแบบ รศ. ๑ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๕ แบบคำขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ให้เป็นไปตามแบบ รศ. ๒ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๖ แบบคำขอใบแทนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ให้เป็นไปตามแบบ รศ. ๓ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๗ แบบคำขอแก้ไขหรือเพิ่มเติมรายการในทะเบียนหรือใบอนุญาต ให้เป็นไปตามแบบ รศ. ๔ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๘ แบบคำร้องขอใบแปลใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะเป็นภาษาอังกฤษ ให้เป็นไปตามแบบ รศ. ๕ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๙ แบบใบรับคำขออนุญาต ให้เป็นไปตามแบบ รศ. ๖ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๐ แบบใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ให้เป็นไปตามแบบ รศ. ๗ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๑ แบบคำขอตามประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง การกำหนดแบบตามกฎกระทรวงการขึ้นทะเบียนและการอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๖๕ และตามที่คณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด ซึ่งได้ยื่นไว้ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้ถือว่าเป็นแบบคำขอตามประกาศนี้

แบบใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะและแบบใบรับคำขออนุญาต ตามประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง การกำหนดแบบตามกฎกระทรวงการขึ้นทะเบียนและการอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๖๕ และตามที่คณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนด ซึ่งผู้อำนวยการกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ หรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี ได้ออกให้ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้ถือว่าเป็นแบบใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ และแบบใบรับคำขออนุญาต ตามประกาศนี้

กรณีแบบคำขอตามวรรคหนึ่ง มีรายละเอียด หรือเอกสาร หลักฐานที่ระบุไว้ในแบบคำขอ แตกต่างจากแบบคำขอตามประกาศนี้ ให้ผู้อำนวยการกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ หรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี มีอำนาจสั่งให้ผู้ยื่นคำขอแก้ไขเพิ่มเติมหรือให้ส่งข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานเพิ่มเติมได้ตามความจำเป็น เพื่อให้เป็นไปตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๖

สุระ วิเศษศักดิ์

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

เลขที่รับ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

### แบบคำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

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. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

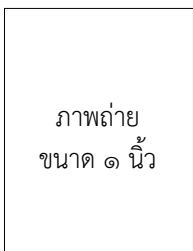
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> สาขากิจกรรมบำบัด (กบ.)            | <input type="checkbox"/> สาขาจิตวิทยาคลินิก (จค.)                        |
| <input type="checkbox"/> สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก (ทท.) | <input type="checkbox"/> สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย (ผส.) |
| <input type="checkbox"/> สาขารังสีเทคนิค (รต.)             | <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 .....                                |

๓. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งสร้างความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าอาจจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
- ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานต่าง ๆ ข้าพเจ้าได้แนบไว้ดังรายละเอียดที่ปรากฏท้ายคำขอนี้

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้อำนวยความสะดวกหรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี เข้าถึงข้อมูล  
 เลขประจำตัวประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทางหรือเลขประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักร  
 ตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎรในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอมิได้มีสัญชาติไทย เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ



ลายมือชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ  
 (.....)

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าแนบเอกสารหรือหลักฐานต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

กรณีผู้ยื่นคำขอที่มีสัญชาติไทย

- ๑. สำเนาปริญญาบัตรหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาในสาขาที่ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตกรณีจบการศึกษาแล้วแต่ยังไม่ได้รับปริญญาบัตร ให้แนบหนังสือรับรองคุณวุฒิว่าสำเร็จการศึกษาในสาขาดังกล่าวจากสภามหาวิทยาลัย **ฉบับจริง** จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒. หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ (ใบรับรองแพทย์) ซึ่งรับรองว่าไม่เป็นโรคที่คณะกรรมการวิชาชีพในสาขาที่ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต ประกาศกำหนดว่าไม่สมควรให้ประกอบโรคศิลปะ ซึ่งออกไม่เกินสามสิบวันนับถึงวันยื่นคำขอ
- ๓. รูปถ่ายขนาดหนึ่งนิ้ว แต่งกายสุภาพ หน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมหมวกหรือแว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกินหกเดือน จำนวน ๓ รูป
- ๔. หนังสือแสดงผลการสอบผ่านความรู้จากคณะกรรมการวิชาชีพในสาขาที่ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต
- ๕. ข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานอื่น ๆ ในแต่ละวิชาชีพ รายละเอียดแนบท้ายแบบ (ระบุ) .....

กรณีผู้ยื่นคำขอมิได้มีสัญชาติไทย

- ๑. บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักร หรือสำเนาหนังสือเดินทาง กรณียื่นคำขอ ณ จุดบริการ
- ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน หรือสำเนาหนังสือรับรองถิ่นที่อยู่
- ๓. สำเนาปริญญาบัตรหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาในสาขาที่ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตกรณีจบการศึกษาแล้วแต่ยังไม่ได้รับปริญญาบัตร ให้แนบหนังสือรับรองคุณวุฒิว่าสำเร็จการศึกษาในสาขาดังกล่าวจากสภามหาวิทยาลัย **ฉบับจริง** จำนวน ๑ ฉบับ
- ๔. หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ (ใบรับรองแพทย์) ซึ่งรับรองว่าไม่เป็นโรคที่คณะกรรมการวิชาชีพในสาขาที่ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกาศกำหนดว่าไม่สมควรให้ประกอบโรคศิลปะ ซึ่งออกไม่เกินสามสิบวันนับถึงวันยื่นคำขอ
- ๕. รูปถ่ายขนาดหนึ่งนิ้ว แต่งกายสุภาพ หน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมหมวกหรือแว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกินหกเดือน จำนวน ๓ รูป
- ๖. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะ สาขา .....  
ประเภท ..... จากประเทศ .....
- เมื่อ พ.ศ. .... (กรณีสำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ)
- ๗. หนังสือแสดงผลการสอบผ่านความรู้จากคณะกรรมการวิชาชีพในสาขาที่ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต
- ๘. ข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานอื่น ๆ ในแต่ละวิชาชีพ รายละเอียดแนบท้ายแบบ (ระบุ) .....

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) .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

เลขที่รับ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

### แบบคำขอใบแทนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

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. ....

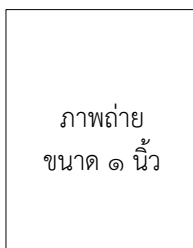
๓. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอใบแทนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> สาขากิจกรรมบำบัด (กบ.)            | <input type="checkbox"/> สาขาจิตวิทยาคลินิก (จค.)                        |
| <input type="checkbox"/> สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก (ทท.) | <input type="checkbox"/> สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย (ผส.) |
| <input type="checkbox"/> สาขารังสีเทคนิค (รต.)             | <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 .....                                |

เนื่องจาก  ๓.๑ ใบอนุญาตชำรุด  
 ๓.๒ ใบอนุญาตสูญหาย เมื่อวันที่ .....

เอกสารหรือหลักฐานต่าง ๆ ข้าพเจ้าได้แนบไว้ดังรายละเอียดที่ปรากฏท้ายคำขอนี้

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้อำนวยการหรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี เข้าถึงข้อมูล  
เลขประจำตัวประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทางหรือเลขประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักร  
ตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎรในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอมิได้มีสัญชาติไทย เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ



ลงลายมือ ..... ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าแนบเอกสารหรือหลักฐานต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ๑. บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักร หรือสำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีที่ผู้ยื่นคำขอมิได้มีสัญชาติไทย)
- ๒. ภาพถ่ายใบอนุญาต กรณีที่ใบอนุญาตถูกทำลายในสาระสำคัญ
- ๓. รูปถ่ายขนาดหนึ่งนิ้ว แต่งกายสุภาพ หน้าตรง ครี้งตัว ท่าปกติ ไม่สวมหมวกหรือแว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกินหกเดือน จำนวน ๓ รูป
- ๔. ข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานอื่น ๆ ในแต่ละวิชาชีพ รายละเอียดแนบท้ายแบบ (ระบุ) .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....



เลขที่รับ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

**แบบคำขอแก้ไขหรือเพิ่มเติมรายการในทะเบียนหรือใบอนุญาต**

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**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> สาขากิจกรรมบำบัด (กบ.)            | <input type="checkbox"/> สาขาจิตวิทยาคลินิก (จค.)                        |
| <input type="checkbox"/> สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก (ทท.) | <input type="checkbox"/> สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย (ผส.) |
| <input type="checkbox"/> สาขารังสีเทคนิค (รต.)             | <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 .....                                |

ตามใบอนุญาตเลขที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 ใช้ได้ถึงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**๓. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอแก้ไขหรือเพิ่มเติมรายการในทะเบียนหรือใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ**

- มีความประสงค์จะขอเปลี่ยน
- ชื่อตัว
  - ชื่อสกุล
  - การแก้ไขเพิ่มเติมอื่น ๆ .....

เอกสารหรือหลักฐานต่าง ๆ ข้าพเจ้าได้แนบไว้ดังรายละเอียดที่ปรากฏท้ายคำขอนี้

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้อำนวยความสะดวกหรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี เข้าถึงข้อมูล  
 เลขประจำตัวประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทางหรือเลขประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักร  
 ตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎรในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอมิได้มีสัญชาติไทย เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

ลงลายมือ ..... ผู้ยื่นคำขอ  
 (.....)

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าแนบเอกสารหรือหลักฐานต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ๑. สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
  - ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน หรือหลักฐานแสดงถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยกรณีเป็นคนต่างด้าว
  - ๓. สำเนาทะเบียนสมรส กรณีขอเปลี่ยนชื่อสกุลเพราะการสมรส
  - ๔. สำเนาหนังสือสำคัญการได้รับอนุญาตให้เปลี่ยนชื่อตัวหรือชื่อสกุลหรือการแก้ไขเพิ่มเติมอื่น ๆ แล้วแต่กรณี
  - ๕. หนังสือมอบอำนาจ กรณีมอบอำนาจ
  - ๖. ข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานอื่น ๆ ในแต่ละวิชาชีพ รายละเอียดแนบท้ายแบบ (ระบุ) .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

เลขที่รับ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับคำขอ

### คำร้องขอใบแปลใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะเป็นภาษาอังกฤษ

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> สาขากิจกรรมบำบัด (กบ.)            | <input type="checkbox"/> สาขาจิตวิทยาคลินิก (จค.)                        |
| <input type="checkbox"/> สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก (ทท.) | <input type="checkbox"/> สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย (ผส.) |
| <input type="checkbox"/> สาขารังสีเทคนิค (รต.)             | <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 .....                                |

ตามใบอนุญาตเลขที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 ใช้ได้ถึงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๓. มีความประสงค์ขอใบแปลใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเป็นภาษาอังกฤษ จำนวน ..... ฉบับ  
 เนื่องจาก .....

๔. ชื่อตัวและชื่อสกุลของข้าพเจ้าเป็นภาษาอังกฤษเขียนดังนี้ .....

..... (ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่)

ที่อยู่ในประเทศไทยเป็นภาษาอังกฤษ.....

.....

..... (ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่)

เอกสารหรือหลักฐานต่าง ๆ ข้าพเจ้าได้แนบไว้ดังรายละเอียดที่ปรากฏท้ายคำขอนี้

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้อำนวยความสะดวกหรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แล้วแต่กรณี เข้าถึงข้อมูล  
 เลขประจำตัวประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทางหรือเลขประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักร  
 ตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎรในกรณีที่ยื่นคำขอมิได้มีสัญชาติไทย เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

ลายมือชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ  
 (.....)

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าแนบเอกสารหรือหลักฐานต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ๑. สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
  - ๒. ภาพถ่ายขนาด ๑ นิ้ว แต่งกายสุภาพ หน้าตรง ครีงตัว ท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกินหกเดือน จำนวน ๑ ภาพ (ต้องไม่เป็นภาพถ่ายโพลาลอยด์)
  - ๓. หนังสือมอบอำนาจ กรณีมอบอำนาจ
  - ๔. ข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานอื่น ๆ ในแต่ละวิชาชีพ รายละเอียดแนบท้ายแบบ (ระบุ) .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## แบบใบรับคำขออนุญาต

ชื่อผู้ขออนุญาต .....

- |  |  |
|--|--|
| <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 .....                                |

ประเภทของการยื่นคำขอ

- คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
- คำขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
- คำขอใบแทนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
- คำขอแก้ไขหรือเพิ่มเติมรายการในทะเบียนหรือใบอนุญาต
- คำขอใบแปลใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเป็นภาษาอังกฤษ

เลขที่รับ .....

รับคำขอ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**ผลการตรวจสอบคำขออนุญาต**

- เอกสารครบถ้วน ถูกต้อง
- เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด ให้เพิ่มเติมให้ครบถ้วนถูกต้อง ดังนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ดำเนินการแก้ไขหรือส่งเอกสารเพิ่มเติม ภายในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

\*หากไม่ดำเนินการแก้ไขหรือส่งเอกสารเพิ่มเติม ให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่กำหนด ถือว่าผู้ยื่นคำขอไม่ประสงค์จะดำเนินการต่อไป

ได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลงชื่อ ..... ผู้รับเอกสาร

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้อำนวยการ

(.....)

ใบอนุญาตที่



อาศัยอำนาจตามความในพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒  
คณะกรรมการวิชาชีพสาขา

ออกใบอนุญาตฉบับนี้แก่

อายุ ปี

ซึ่งคณะกรรมการวิชาชีพได้รับขึ้นทะเบียนให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา  
และมีสิทธิประกอบโรคศิลปะตามสาขาดังกล่าวได้ ภายใต้บทบังคับแห่งกฎหมาย

ใบอนุญาตออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.  
ใช้ได้ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.

ภาพถ่าย  
ขนาด ๑ นิ้ว

ผู้อำนวยการ

กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

ประธานกรรมการวิชาชีพ

