

แบบคำขออนุญาตให้ทำการประกอบโรคศิลปะ
โดยอาศัยศาสตรพิสิทธ์การแพทย์

รูปถ่าย ๑ นิ้ว

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

- ๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
เลขประจำตัวประชาชน (บุคคลสัญชาติไทย) / เลขหนังสือเดินทาง (บุคคลไม่ใช่สัญชาติไทย)
- ๒. ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ตึก/อาคาร.....
ซอย/ตรอก ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/ อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร..... e-mail
- ๓. ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่ที่
เลขที่..... หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ตึก/อาคาร.....
ซอย/ตรอก..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
- ๔. มีความรู้ในวิชาชีพโดยได้รับการศึกษาและได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขา
พิสิทธ์การแพทย์ จาก เมื่อ พ.ศ.
- ๕. มีความประสงค์ขออนุญาตให้ทำการประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยศาสตรพิสิทธ์การแพทย์ ตามมาตรา ๓๑
แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ โดยได้แนบเอกสาร ดังนี้
 - ๕.๑ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกไม่ใส่แว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน)
 - ๕.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
 - ๕.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ
 - ๕.๔ สำเนาใบปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา
 - ๕.๕ หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ
 - ๕.๖ หลักฐานอื่นๆ (ระบุ)

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)