**แบบฟอร์มขอมีบัตรประจําตัวผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม(MD CARD)**

**ข้อมูลทั่วไป**

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ: \* เลขที่บัตรประจําตัวประชาชน: \*

คํานําหน้า: นพ. พญ. \*

ชื่อ(ภาษาไทย) : \* ชื่อ(ภาษาอังกฤษ) : \*

นามสกุล(ภาษาไทย): \* นามสกุล(ภาษาอังกฤษ) : \*

วัน/เดือน/ปี เกิด: \* สถานภาพการสมรส : ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หย่าร้าง ( ) หม้าย

ชื่อเดิม: นามสกุลเดิม: ถ้ามีแนบเอกสารการเปลี่ยนชื่อ-สกุลด้วย

**(1) ที่อยู่ตามบัตรประชาชน (ตามสำเนาบัตรประชาชนที่แนบ)**

**(2) ที่อยู่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (โรงพยาบาล-สถานพยาบาล-ที่ทํางาน)**

เลขที่: หมู่: สถานที่:

ถนน : ตําบล/แขวง:

อําเภอ/เขต : จังหวัด: รหัสไปรษณีย์:

**(3) ที่อยู่ที่ติดต่อปัจจุบัน(ส่งไปรษณีย์)ให้ส่งที่ ( ) ตามบัตรประชาชน ( ) ที่อยู่ปฏิบัติงาน หรือตามที่กรอกตามด้านล่างนี้**

เลขที่: หมู่: สถานที่:

ถนน : ตําบล/แขวง:

อําเภอ/เขต : จังหวัด: รหัสไปรษณีย์:

**(4) การติดต่ออื่นๆ**

เบอร์โทรศัพท์ (บ้าน) : ที่ทำงาน : มือถือ:

E-mail :

**หมายเหตุ** กรุณากรอกข้อมูลให้ครบ,อ่านง่าย,ชัดเจน,ที่มีเครื่องหมาย \* ต้องกรอกมิฉะนั้นจะไม่สามารถออกบัตรได้

**\*\*\* ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดดังกล่าวข้างต้นถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าขอให้ความยินยอม**

**แก่แพทยสภาในการเก็บรวบรวม ใช้ และประมวลผล ข้อมูลส่วนบุคคลที่ให้ไว้แก่แพทยสภาเท่าที่จำเป็นเพื่อวัตถุประสงค์ ในการจัดเก็บฐานข้อมูลสมาชิกแพทยสภา รวมทั้งข้าพเจ้ายินยอมให้แพทยสภาใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลในกิจการ ตามวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ของแพทยสภาได้ \*\*\***