



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) ที่อยู่ติดต่อปัจจุบัน(ส่งไปรษณีย์)ให้ส่งที่ () ตามบัตรประชาชน () ที่อยู่ปฏิบัติงาน หรือตามที่รอกตามด้านล่างนี้

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 ***