



รูปถ่าย 2 นิ้ว
2 รูป

เลขที่.....

คำขอสมัครสอบหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ
ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประจำปี พ.ศ. 2556 ครั้งที่ 2/2556

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ นาย นาง นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

นามสกุลเดิม.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....สัญชาติ.....

ชื่อ - นามสกุล(ภาษาอังกฤษ)

เลขที่บัตรประชาชน []-[] [] [] [] []-[] [] [] [] [] []-[] ออกโดย.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ที่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ..... E-mail

ที่ทำงาน โรงพยาบาล.....เลขที่.....ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

สถานที่ที่ติดต่อได้ทันที ที่บ้าน ที่ทำงาน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....

สมัครสอบ หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์

ใบเสร็จเล่มที่...../เลขที่.....

ลงชื่อ.....

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)

และได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาพร้อมคำขอนี้

- [] รูปถ่ายภายในระยะ 6 เดือน ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป
- [] สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 2 ฉบับ
- [] สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 2 ฉบับ
- [] สำเนาการเปลี่ยนชื่อ และนามสกุล (ถ้ามี) จำนวน 2 ฉบับ
- [] **หนังสือรับรองฉบับจริง** จากผู้บังคับบัญชาว่าปฏิบัติงานในสาขาประเภทที่สมัครสอบตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป พร้อมสำเนา 1 ชุด
- [] หลักฐานต่าง ๆ ที่ได้รับการอบรมจากต่างประเทศ จำนวน ฉบับ
- [] ของจดหมายเจ้าหน้าที่ของท่านเองพร้อมติดแสตมป์ จำนวน 5 บาท ให้เรียบร้อยทั้ง 2 ของ (เพื่อแจ้งกำหนดสอบ และผลการสอบ)

สถานที่ปฏิบัติงานหลังจากจบการฝึกอบรม หรือได้รับหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรฯ แล้ว

โรงพยาบาล/คลินิก.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

หมายเหตุ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านข้อความในประกาศรับสมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขานี้เข้าใจแล้ว หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติในข้อใดข้อหนึ่งหรือหากตรวจพบในภายหลังว่าข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้คัดหรือเพิกถอนสิทธิ์จากการสมัครสอบและผลการสอบในครั้งนั้นแม้ว่าจะได้สอบผ่านแล้วก็ตาม

ลงชื่อ.....
(.....)
...../...../.....

การชำระเงินค่าสมัครสอบ

1. เงินสด (กรณีมาสมัครด้วยตนเอง)
2. โอนเงินเข้าบัญชี แพทยสภา เลขที่บัญชี 340 – 2 – 01174 – 4 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยกระทรวง สธ. พร้อมแนบสำเนาการโอนเงินมาพร้อมใบสมัคร

กำหนดการรับสมัครสอบ **รับสมัครตั้งแต่วันที่ 25 พฤศจิกายน – 20 ธันวาคม 2556**

- หมายเหตุ**
1. คำขอ (100 บาท) และเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ทั้งหมด รวมเป็น 2 ชุด ส่งมาที่ สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา ชั้น 7 อาคาร 6 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซอยบาราคนราตุร ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร.0-2590-1880, 086 – 081 1208
 2. ค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบจะไม่คืนเงินไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

