



คำขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)อายุปี
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา.....
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่บ้าน ตรอก/ซอย.....
 ถนน หมู่ที่..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
 สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน
 ฝ่าย/แผนก/งาน เลขที่ ถนน
 ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภากายภาพบำบัดติดต่อ
 () ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน () สถานที่ปฏิบัติงาน () หรือที่บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน.....
 ตรอก/ซอย ถนน หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
 ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด หรือใบประกอบโรคศิลปะ เลขที่
 ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.....
 หมดอายุวันที่ เดือน พ.ศ..... (ถ้ามี)

มีความประสงค์จะ ขอต่ออายุ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด และได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

- (๑) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดหรือเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากายภาพบำบัด
- (๒) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก
- (๓) ใบรับรองหน่วยคะแนนของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสภากายภาพบำบัด
- (๔) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตา ดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ภาพ
- (๕) สำเนาเอกสารการโอนเงินค่าแบบคำขอและค่าธรรมเนียมขอต่ออายุใบอนุญาต จำนวน ๑,๑๐๐ บาท
- (๖) เอกสารอื่น ๆ (ระบุ)

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)