



คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด

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

เป็นสมาชิกสภากายภาพบำบัด บัตรประจำตัวสมาชิกเลขที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.....
 หมดอายุวันที่ เดือน พ.ศ.....

สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา ระดับ
 ประเทศ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.....

ได้ผ่านการสอบความรู้ตามข้อบังคับสภากายภาพบำบัดแล้ว ประจำปี พ.ศ..... การสอบครั้งที่

มีความประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- (๑) สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
- (๒) สำเนาปริญญาบัตร ๑ ฉบับ
- (๓) สำเนาหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิกสภาภาพบำนาญ หรือสำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาภาพบำนาญ
- (๔) สำเนาผลการสอบความรู้ ๑ ฉบับ
- (๕) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพถ่ายภาพบำนาญจากต่างประเทศ กรณีผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตสำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ และไม่มีสัญชาติไทย
- (๖) ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สภาภาพบำนาญกำหนด
- (๗) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตาฯ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ภาพ
- (๘) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

กรณีที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพถ่ายภาพบำนาญ

ข้าพเจ้าถูกเพิกถอนใบอนุญาตฯ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
เคยยื่นคำขอใบอนุญาตฯ ครั้งหลังสุด เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
เลขที่ใบอนุญาตฯ เดิม ออกให้ ณ วันที่
พร้อมนี้ได้แนบสำเนาคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาตฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมจำนวน.....บาท (.....)
มาพร้อมคำขอนี้แล้ว

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ
(.....)