



คำขอเป็นสมาชิกสภากายภาพบำบัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)อายุ.....ปี
 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.....
 สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา.....
 วุฒิการศึกษา..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภากายภาพบำบัดติดต่อ
 () ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน () สถานที่ปฏิบัติงาน () หรือที่บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน
 ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ โทรสาร.....
 ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกสภากายภาพบำบัด
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรา ๑๒ (๑) แห่ง พ.ร.บ.วิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๔๗
 และได้แนบหลักฐานมาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณา คือ
 (๑) สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
 (๒) สำเนา หลักฐานแสดงวุฒิการศึกษาหรือหนังสือรับรองการจบการศึกษาในวิชาชีพกายภาพบำบัด ๑ ฉบับ
 (๓) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตา ดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ภาพ
 (๔) ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สภากายภาพบำบัดกำหนด
 (๕) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)
 ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมจำนวน.....บาท (.....)
 มาพร้อมคำขอนี้แล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)