



ประกาศสภาพภูมิภาคบ้านด

เรื่อง การรับสมัครและการสอบความรู้เพื่อขอเข้าทะเบียนและรับใบอนุญาต
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด ครั้งที่ ๑/๒๕๕๗

สภาพภูมิภาคบ้านดประกาศหลักเกณฑ์ วิธีการในการรับสมัครและการสอบความรู้ เพื่อขอเข้าทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด ครั้งที่ ๑/๒๕๕๗ ไว้ดังนี้

ข้อ ๑ คุณสมบัติของผู้สมัครสอบความรู้

ผู้สมัครสอบความรู้ เพื่อขอเข้าทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด ที่ยังไม่ เคยสมัครเป็นสมาชิกสภาพภูมิภาคบ้านดต้องสมัครเป็นสมาชิกสภาพภูมิภาคบ้านดก่อน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

๑.๑ เป็นผู้สำเร็จการศึกษาและได้รับปริญญาตรีวิทยาศาสตรบัณฑิต (กายภาพบำบัด)

๑.๒ นิสิตนักศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (กายภาพบำบัด) ที่สำเร็จการศึกษาแต่ยัง ไม่ได้รับปริญญา ต้องมีหนังสือรับรองคุณวุฒิโดยอนุนัติจากสถานทุรกษาลักษณะ (ฉบับจริง)

ข้อ ๒ หลักฐานประกอบการรับสมัครเป็นสมาชิกสภาพภูมิภาคบ้านด

๒.๑ แบบคำขอเป็นสมาชิกสภาพภูมิภาคบ้านด (แบบ สกภ.๑) ที่กรอกข้อความและลงลายมือชื่อผู้สมัครสอบ จำนวน ๑ ชุด

๒.๒ แบบคำขอบัตรสมาชิก (แบบ สกภ.๓) ที่กรอกข้อความและลงลายมือชื่อผู้สมัครสอบ จำนวน ๑ ชุด

๒.๓ สำเนาปริญญาบัตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (กายภาพบำบัด) หรือ หนังสือรับรองคุณวุฒิ สำเร็จการศึกษา ฉบับจริงจากสถาบันการศึกษา จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๔ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๕ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๖ ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สภาพภูมิภาคบ้านดกำหนด

๒.๗ รูปถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแ้วคาดหมาก ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

๒.๘ สำเนาใบโอนเงินค่าธรรมเนียมในการสมัครเป็นสมาชิก จำนวน ๑,๒๐๐ บาท
(ค่าธรรมเนียมในการขอสมัครเป็นสมาชิกสภาพภูมิภาคบ้านด ๑,๙๐๐ บาท และค่าคำขอบัตรสมาชิก ๑๐๐ บาท)

ข้อ ๓ หลักฐานประกอบการรับสมัครสอบเข้ามหาวิทยาลัย

๓.๑ ใบสมัครสอนเพื่อขอเข้าประจำปีนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพภายในบังคับ^(แบบสกง.๕) ที่กรอกข้อมูลและลงลายมือชื่อผู้สมัครสอน จำนวน ๑ ชุด

๓.๒ สำเนาปริญญาบัตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (ภาษาพำนัช) หรือ หนังสือรับรองคุณวุฒิ สำเร็จการศึกษาณบัณฑิตจากสถาบันการศึกษา จำนวน ๑ ฉบับ

๑.๓ สำเนาใบแสดงผลการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๔ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๕ ส้านานบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๖ รูปถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่ส่วนแ渭นตาดำ ไม่สวมหมวก ชี้่ถ่ายไว้ ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป

๓.๗ สำเนาใบโอนเงินค่าธรรมเนียมในการสอบความรู้ จำนวน ๒,๕๐๐ บาท ประกอบด้วย

๓.๗.๑ ค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบความรู้ ครึ่งละ ๑,๐๐๐ บาท

๓.๗.๒ ค่าสอนความรู้ รายวิชาละ ๕๐๐ บาท ๑ วิชา รวม ๑,๕๐๐ บาท

๑.๙ หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)

หมายเหตุ : กรุณาระบุรองสำเนาเอกสารหลักฐานที่ยื่นทุกรายการ

สำหรับผู้สมัครสอบที่สมัครเป็นสมาชิกสภากาแฟพำนัคแล้ว ไม่ต้องสมัครเป็นสมาชิกอีก และผู้สมัครที่สอบเก็บคะแนนวิชาใดวิชาหนึ่งได้แล้ว ไม่ต้องโอนเงินค่าสอบความรู้วิชานั้นอีก โอนเงินแต่ค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบความรู้ ครั้งละ ๑,๐๐๐ บาท และค่าสอบความรู้วิชาที่ไม่ผ่าน รายวิชาละ ๕๐๐ บาท

ข้อ ๔ การรับสมัครสอบ

ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม - ๑ เมษายน ๒๕๕๗ ในวันและเวลาราชการ

ข้อ ๕ วิธีการสมัคร

๑. ให้สมัครด้วยตนเองที่ สถาบันภาษาพม่าบัค ภายในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ ๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๒ อาคาร B สูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๔๐ ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ในวันและเวลาราชการ

๒. กรณีส่งใบสมัครทางไปรษณีย์โดยส่งเอกสารทั้งหมดพร้อมหลักฐานการโอนเงินค่าธรรมเนียม
นายัง สภากาแฟบ้านบัด ภายในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ ๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๒ อาคาร B ศูนย์
ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่
กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐ ภายในวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๕๓ (ถือวันประทับตราไปรษณีย์ลงรับเป็นลำดับ)
โปรดโอนเงินเข้าบัญชีสภากาแฟบ้านบัด โดยผ่านเคนเน็ตอร์ธนาคารไทยพาณิชย์ท่า�ัน ไม่วันโอนโดยวิธีอื่นๆ หาก
ท่านโอนเงินโดยวิธีอื่นใดนอกเหนือจากที่สภากาแฟบ้านบัด ท่านจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบธุรกรรมทางการ
เงินของธนาคาร รายการละ 300 บาท ชื่อบัญชี สภากาแฟบ้านบัด ธนาคาร ไทยพาณิชย์ บัญชี ออมทรัพย์
สาขา ตลาดหญ้า เลขที่บัญชี ๐๑๒-๒-๕๑๐๒๖-๖

นายนบด ธนาการ ไทยพัฒนา

ข้อ ๖ วัน และเวลาสอน

วันสาร์ที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๗

๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. วิชาเทคนิคและวิธีการทางกายภาพบำบัด

(ชั้носอน ๑๐๐ ชั่ว)

๑๓.๓๐ – ๑๕.๓๐ น. วิชากฎหมาย จราญาณรัณและการบริหารงาน

(ชั้носอน ๕๐ ชั่ว)

วันอาทิตย์ที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗

๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. วิชากายภาพบำบัดในโรคและภาวะต่าง ๆ

(ชั้носอน ๑๐๐ ชั่ว)

ข้อ ๗ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบ

ผู้สมัครสอบสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าสอบและสถานที่สอบ ได้ที่เว็บไซต์สภากาญจนบัญชี

www.pt.or.th/ ตั้งแต่วันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๗ เป็นต้นไป

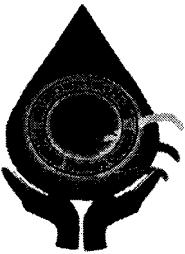
จึงประกาศเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๗



(นางสุนนา ตันตระเสรย์)

นายกสภากาญจนบัญชี



คำสั่งจัดขึ้นตอนการสมัครสอบความรู้เพื่อเข้าลงทะเบียน
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด ครั้งที่ ๑/๒๕๕๗

เรียน ผู้สมัครสอบความรู้ทุกท่าน

เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับสมัครเพื่อสอบเข้าลงทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
กายภาพบำบัด ครั้งที่ ๑/๒๕๕๗ สำนักเลขานุการสภาพอากาศบำบัดขอเรียกประชุมจัดขึ้นตอนการสมัคร
สอบ ดังนี้

๑. ตามข้อบังคับสภาพอากาศบำบัดผู้สมัครสอบเข้าลงทะเบียนในการสอบครั้งนี้ทุกท่าน ต้องสมัครเป็นสมาชิก
สาขา โดยกรอกและยื่นคำขอเป็นสมาชิก (แบบสก.๑) และคำขอบัตรสมาชิก (แบบสก.๓) และยื่นหลักฐาน
ตามที่ระบุในในคำขอทั้งสองพร้อมกับการสมัครสอบเข้าลงทะเบียน

(โดยสภาพอากาศบำบัดอนุโลมให้ผู้สมัครสอบที่จังการศึกษาในปีการศึกษานี้ ใช้หนังสือรับรองการจบ
การศึกษาที่ออกโดยภาควิชาหรือคณะกายภาพบำบัดฯ เพื่อประกอบการสมัคร ในกรณีที่ผู้สมัครยังไม่มีหนังสือ^{รับรองการจบการศึกษาจากสถานศึกษาที่ได้รับอนุญาตให้เป็นสถาบันฯ แต่ต้องส่งหนังสือรับรองการจบการศึกษา}
ฉบับจริงมายังสาขาก่อนวันประกาศผลสอบ มิฉะนั้นจะไม่ประกาศผลสอบ)

๒. ผู้สมัครสอบเข้าลงทะเบียนที่จังการศึกษาในปีการศึกษานี้ทุกท่าน ให้ยื่นคำขอแบบสก.๑ แบบสก.๓
ใบรับรองแพทย์เพื่อสมัครเป็นสมาชิกฯ และใบสมัครสอบเข้าลงทะเบียนฯ (แบบสก.๕) และหลักฐานประกอบ
ทั้งหมด พร้อมทั้งสำเนาใบโอนเงินค่าธรรมเนียมในคำขอเป็นสมาชิกและค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบฯ
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๓,๗๐๐ บาท ได้ที่สภาพอากาศบำบัดหรือสถานที่รับสมัครสอบ ตามประกาศรับสมัคร
ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม - ๓ เมษายน ๒๕๕๗ ในวัน และเวลาราชการ

** ค่าธรรมเนียมในการขอสมัครเป็นสมาชิกสภาพอากาศบำบัด ๑,๗๐๐ บาท

ค่าคำขอบัตรสมาชิก	๑๐๐ บาท
-------------------	---------

ค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบความรู้ ครั้งละ	๑,๐๐๐ บาท
--	-----------

ค่าสอบความรู้ (สอบ ๓ วิชา รายวิชาละ ๕๐๐ บาท)	๑,๕๐๐ บาท
--	-----------

๓. สำหรับผู้สมัครสอบที่สมัครเป็นสมาชิกสภาพอากาศบำบัดแล้ว ไม่ต้องสมัครเป็นสมาชิกอีก
และผู้สมัครที่สอบเก็บคะแนนวิชาใดวิชาหนึ่งได้แล้ว ไม่ต้องโอนเงินค่าสอบความรู้วิชานั้นอีก โอนเงินแต่
ค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบความรู้ ๑,๐๐๐ บาท และค่าสอบความรู้วิชาที่ไม่ผ่าน รายวิชาละ ๕๐๐ บาท

๔. สภากำประการรายชื่อผู้มีสิทธิสอบ เลขที่นั่งสอบและสนามสอบ ที่สำนักงานสภาพอากาศบำบัด
และทางเว็บไซต์สภาพอากาศบำบัด www.pt.or.th/ ตั้งแต่วันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๕๗ เป็นต้นไป

สภาพอากาศบำบัดขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเพื่อให้การดำเนินการสมัครและการสอบ
เป็นไปด้วยดี

นาย วัฒนา ใจดี
สำนักงานเลขานุการสภาพอากาศบำบัด
โทร ๐๖๔-๐๔๐-๔๒๘๙



gapday
๑ นิ้ว

คำขอเป็นสมาชิกสภาพภพนำบัด

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.....
 ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาพภพนำบัดติดต่อ^(๑)
 () ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน () สถานที่ปฏิบัติงาน () หรือที่บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน
 ตรอก/ซอย..... ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร
 ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกสภาพภพนำบัด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรา ๑๒ (๑) แห่ง พ.ร.บ.วิชาชีพภพนำบัด พ.ศ. ๒๕๔๗
 และได้แนบทหลักฐานมาพร้อมคำขอเพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- (๑) สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
- (๒) สำเนาหลักฐานแสดงวุฒิการศึกษาหรือหนังสือรับรองการจบการศึกษาในวิชาชีพภพนำบัด ๑ ฉบับ
- (๓) ภพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแหวนต่างๆ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ภาพ
- (๔) ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สภาพภพนำบัดกำหนด
- (๕) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

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

มาพร้อมคำขอนี้แล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ใบรับรองแพทย์
เพื่อขอสมัครเป็นสมาชิกสภากาษภาพบำบัด

เบียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในอนุญาตเลขที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.....
ได้ทำการตรวจร่างกาย (นาย/นาง/นางสาว)
เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ..... แล้ว

ส่วนที่ ๑

นาย/นาง/นางสาว ปราศจากโรค ดังต่อไปนี้

- (๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (๒) วัณโรคในระยะอันตราย
- (๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
- (๔) โรคพิษสูรนเรื้อรัง
- (๕) โรคอื่น ๆ ซึ่งคณะกรรมการสภากาษภาพบำบัดเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพ
กากษาภาพบำบัด

ส่วนที่ ๒

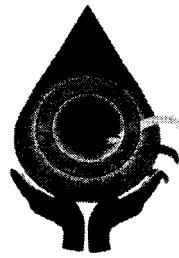
กรณีที่แพทย์ตรวจพบโรคอื่น ๆ (โปรดระบุ)

.....
.....
.....

ลงนาม

()

แพทย์ผู้ตรวจ



gapday
๑ นิ้ว

แบบคำขอ

เบียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
บัตรประจำตัวสมาชิกสถาบัตถการพำนัค เลขที่ ออกให้ เมื่อ หมดอายุ เมื่อ
ผู้ประกอบวิชาชีพภารกิจพำนัค ในอนุญาตที่ ออกให้ เมื่อ หมดอายุ เมื่อ

ที่อยู่ที่ต้องการให้สถาบัตถการพำนัคติดต่อ
ตรอก/ซอย.....ถนน หมู่ที่..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

มีความประสงค์

- () ขอหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิก
- (✓) ขอบัตรสมาชิก
- () ขอใบแทนหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิก
- () ขอแก้ไขหรือเพิ่มเติมรายการในทะเบียนและใบอนุญาต ดังนี้.....
- () ขอหนังสือรับรองการเขียนทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพภารกิจพำนัค
- () ขอใบแทนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพภารกิจพำนัค
- () ขอจำเปลี่ยนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพภารกิจพำนัค

ข้าพเจ้าได้แนบทหลักฐานมาพร้อมคำขอนี้ เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- () สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
- () สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพภารกิจพำนัค ๑ ฉบับ
- () ภารกิจหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปักดิ ไม่ส่วนแวนตามา ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ ภาพ
- () เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียม บาท (.....)
มาพร้อมคำขอฉบับนี้แล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)



ภาพถ่าย^๑
นิ้ว

ใบสมัครสอบเพื่อขอเข้าประจำบ้านและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด

เจียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ ระบุ) ชื่อสกุล
อายุ ปี ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สภาพกายภาพบำบัดดิตต่อ ครอบครอง/ซอย
ถนน หมู่ที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์
เป็นสมาชิกสภาพกายภาพบำบัด บัตรประจำตัวสมาชิกเลขที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.
พ.ศ. หมวดอาชีววันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารมาพร้อมใบสมัครเพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน
 - (๓) สำเนาใบแสดงผลการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี
 - (๔) สำเนาใบปริญญาบัตร (ถ้ามี)
 - (๕) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแ้ว่นคาด ไม่สวมหมวก ชั่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว
จำนวน ๓ ภาพ
 - (๖) ค่าธรรมเนียมในการสอบ
 - (๗) หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)
- ข้าพเจ้าขอ声明สอบ
- () วิชาภูมิฯ จรรยาบรรณและการบริหารงาน
 - () วิชาเทคนิคและวิธีการทางกายภาพบำบัด
 - () วิชาการกายภาพบำบัดในโรคและภาวะต่าง ๆ

(ลงชื่อ) ผู้สมัครสอบ
(.....)

ได้ตรวจสอบหนังสือสำคัญและเอกสารประกอบใบสมัครครบถ้วนถูกต้องตามที่ระบุไว้ข้างต้นแล้ว
(ลงชื่อ) ผู้ตรวจสอบหลักฐาน
(.....)

ใบแจ้งความจำนำง เลือกสถานที่สอบ

ในการสอบความรู้เพื่อขอเข้าศึกษาและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด
ครั้งที่ ๑/๒๕๕๗ วันที่ ๑ - ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....ชื่อสกุล.....
สถานที่ที่บ้าน.....

ข้าพเจ้าขอสอบที่สถานที่สอบ

- กรุงเทพมหานคร
- จังหวัดพิษณุโลก
- จังหวัดเชียงใหม่
- จังหวัดขอนแก่น
- จังหวัดนครศรีธรรมราช

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัครสอบ