



ภาพถ่าย
๑ นิ้ว

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) สำเนาหลักฐานแสดงวุฒิการศึกษาหรือหนังสือรับรองการจบการศึกษาในวิชาชีพกายภาพบำบัด 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

(.....)