



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 พะเยา
 ๒๕๕๗
 ๑๕ มิ.ค. ๒๕๕๗
 ๒๕.๓๐

ที่ สธ ๐๗๐๒.๐๓/ ๑๐๘

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 กระทรวงสาธารณสุข
 ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๓ มีนาคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์และรับสมัครสอบความรู้

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

- | | | |
|------------------|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. ประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด เรื่อง การรับสมัครสอบความรู้ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๒. คำร้องขอขึ้นทะเบียนฯ (กบ.๑) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๓. หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพเพื่อขอขึ้นทะเบียนฯ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๔. ใบตอบรับในประเทศ(ป.๑๓๓ ก.ของไปรษณีย์ไทย) | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ และคณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด ได้กำหนดการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด ประจำปี ๒๕๕๗ ในวันอาทิตย์ที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๗ (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑)

ในการนี้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จึงขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการประชาสัมพันธ์และมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการรับคำขอขึ้นทะเบียนฯ ของผู้ประสงค์จะขอสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา กิจกรรมบำบัด พร้อมนี้ได้แนบรายละเอียดพร้อมเอกสารที่เกี่ยวกับการรับสมัครสอบฯ มาพร้อมหนังสือฉบับนี้ (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ - ๔) อนึ่งการรับสมัครสอบมีกำหนด ในระหว่างวันที่ ๑๖ เมษายน - ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗ โดยเก็บเงินค่าธรรมเนียมสอบและค่าคำขอขึ้นทะเบียนฯ เป็นจำนวนเงิน ๑,๐๒๐ บาท(หนึ่งพันยี่สิบ บาทถ้วน) พร้อมให้ผู้ยื่นคำร้องฯกรอกใบตอบรับในประเทศ(ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๔) และกรุณาส่งคำร้องขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารทั้งหมด ให้สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะภายในวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๕๗ ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ และขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์ และการรับสมัครสอบความรู้ของผู้ขอขึ้นทะเบียนฯ มา ณ โอกาสนี้ด้วย

เรียน กลุ่มงานคุ้มครองฯ

ดำเนินการ

(นางประสิทธิ์ คงเคารพธรรม)

นายแพทย์ ธีระพงษ์ สุวีฑานเวชกรรมป้องกัน

ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา

ขอแสดงความนับถือ

(นายอรรถ ภัทรวิจิตรวิวงศ์)

รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๙๗ ต่อ ๓๐๔,๓๐๙

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๙๗ ต่อ ๓๐๖

๒๖.๕.๕๗



ประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด
เรื่อง การรับสมัครและการสอบความรู้ ประจำปี ๒๕๕๗

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๓(๑) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.๒๕๔๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ(ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๕๖ ให้ผู้ที่ได้รับปริญญาสาขา กิจกรรมบำบัดจากสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัดรับรอง มีสิทธิขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด และต้องสอบความรู้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัดกำหนด

คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัดจึงออกประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด เรื่อง การรับสมัครและการสอบความรู้ เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด ประจำปี ๒๕๕๗ ไว้ ดังนี้

ข้อ ๑. คุณสมบัติและความรู้ในวิชาชีพ

ผู้มีสิทธิขอสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- ๑.๑ มีอายุไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์ (นับถึงวันสุดท้ายของการรับสมัครสอบ)
- ๑.๒ เป็นผู้มีความรู้ในวิชาชีพตามมาตรา ๓๓(๑) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.๒๕๔๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ(ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๕๖ คือเป็นผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขากิจกรรมบำบัดจากสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัดรับรอง
- ๑.๓ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหาย ซึ่งคณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- ๑.๔ ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- ๑.๕ ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
- ๑.๖ ไม่เป็นโรคที่คณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนดว่าไม่สมควรให้ประกอบโรคศิลปะ ได้แก่ โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม วัณโรคในระยะอันตราย โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม โรคพิษสุราเรื้อรัง และโรคอื่นซึ่งคณะกรรมการวิชาชีพพิจารณาเห็นว่า เป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพกิจกรรมบำบัด
- ๑.๗ ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

ข้อ ๒. หลักฐานประกอบการรับสมัคร

๒.๑ กรอกคำร้องขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ และลงลายมือชื่อผู้ขอขึ้นทะเบียนฯ จำนวน ๑ ชุด (ตามแบบ กบ.๑)

๒.๒ รูปถ่ายหน้าตรง ทำปกติ ไม่สวมหมวก หรือแว่นตาดำ ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ห้ามใช้รูปถ่ายชนิดโพลาลอยด์หรือรูปถ่ายที่ไม่ได้มาตรฐาน

๒.๓ สำเนาภาพถ่ายทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๔ สำเนาภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๕ สำเนาภาพถ่ายใบปริญญาในสาขากิจกรรมบำบัด หรือ หนังสือรับรองคุณวุฒิว่าสำเร็จการศึกษาในสาขาดังกล่าวฉบับจริงจากสภามหาวิทยาลัยของสถาบันการศึกษาที่ศึกษาอยู่ จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๖ สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศซึ่งมิได้มีสัญชาติไทย ต้องแนบสำเนาภาพถ่ายใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัดจากประเทศที่สำเร็จการศึกษา และสำเนาใบรายงานผลการศึกษาในสาขาดังกล่าว

๒.๗ หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ (ตามแบบที่กำหนด) จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๘ หลักฐานอื่นๆ ที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าจำเป็น เช่น ใบรายงานผลการศึกษา หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ทะเบียนสมรส เป็นต้น

๒.๙ ของจดหมายยาวขนาด ๑๑ x ๒๓ เซนติเมตร ที่จำหน่ายซองถึงตนเอง จำนวน ๒ ซอง (โดยติดแสตมป์ ๓๐ บาท จำนวน ๑ ซอง และอีก ๑ ซอง ติดแสตมป์ ๕ บาท) และแนบบัตรตอบรับในประเทศ (ป.๑๓๓ ก.) ของไปรษณีย์ไทยที่กรอกข้อความส่งถึงตนเองมาพร้อมกัน

๒.๑๐ เงินค่าธรรมเนียมสอบ จำนวน ๑,๐๒๐ บาท (ชำระค่าธรรมเนียม ณ สำนักสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (โดยผู้สมัครต้องตรวจสอบคุณสมบัติให้เรียบร้อยก่อนยื่นคำร้อง มิฉะนั้นจะไม่มีการคืนเงินค่าธรรมเนียมให้ ไม่ว่ากรณีใดๆ)

ข้อ ๓. การรับสมัครสอบ

๓.๑ วันที่ ๑๖ เมษายน - ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

๓.๒ วันที่ ๑๖ เมษายน - ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๗ ณ ศูนย์บริการธุรกิจสุขภาพ สำนักสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ ชั้น ๑ อาคารคลังพิศดู (ถนนสาธารณสุข ๒) กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี และสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๑๕๕๗ ต่อ ๓๐๔

ข้อ ๔. สถานที่รับสมัคร

ให้ยื่นคำร้องขอด้วยตนเองที่สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี หรือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดตามที่มีภูมิลำเนาอยู่ ในวันและเวลาราชการ (๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)

ข้อ ๕. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบ

วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๗ ทางเว็บไซต์ของสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
ที่ <http://www.mrd.go.th>

ข้อ ๖. วัน เวลา สถานที่สอบ และวิชาสอบ

วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๗ ณ อาคารสวนกีฬา (ถนนสาธารณสุข ๗) กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.

หมวดวิชาที่ ๑ ส่วนที่ ๑

วิชาความรู้พื้นฐานวิชาชีพกิจกรรมบำบัด

เป็นข้อสอบปรนัย ๑๐๐ ข้อ คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน

หมวดวิชาที่ ๑ ส่วนที่ ๒

วิชาความรู้เฉพาะทางวิชาชีพกิจกรรมบำบัด

เป็นข้อสอบปรนัย ๘๐ ข้อ คะแนนเต็ม ๘๐ คะแนน

เนื้อหาที่ออกประกอบด้วย ๔ ด้าน คือ ผู้หย่อนสมรรถภาพทางกาย
เด็ก ผู้สูงอายุ และจิตสังคม

เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น.

หมวดวิชาที่ ๑ ส่วนที่ ๓

วิชาเจตคติ แนวทางการพัฒนาวิชาชีพกิจกรรมบำบัด

เป็นข้อสอบอัตนัย ๑ ข้อ คะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน

เวลา ๑๔.๑๕ - ๑๕.๔๕ น.

หมวดวิชาที่ ๒

วิชากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพและจรรยาบรรณ

แห่งวิชาชีพ เป็นข้อสอบปรนัย ๕๐ ข้อ คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน

เนื้อหาที่ออก คือ

๑.) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรักษา

จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพของผู้ประกอบโรคศิลปะ

สาขากิจกรรมบำบัด พ.ศ. ๒๕๔๘ และระเบียบกระทรวง

สาธารณสุขว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบ

โรคศิลปะของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด

พ.ศ. ๒๕๕๒ (๑๐ ข้อ ๑๐ คะแนน)

๒.) พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒

และฉบับแก้ไขปรับปรุง (๒๕ ข้อ ๒๕ คะแนน)

๓.) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

และฉบับแก้ไขปรับปรุง (๑๕ ข้อ ๑๕ คะแนน)

** ผู้สมัครสอบต้องเข้าห้องสอบตามเวลาที่กำหนดไว้ หรือถ้ามาแสดงตัวที่ห้องสอบหลังจากเริ่มทำการสอบไปแล้ว
เกิน ๓๐ นาที ถือว่าผู้สมัครสอบหมดสิทธิ์สอบในวิชานั้น เว้นแต่มีเหตุจำเป็นต้องมีหลักฐานมาแสดงต่อ
คณะกรรมการอำนวยการสอบ เพื่อประกอบการพิจารณา

ข้อ ๗. เอกสารที่จะต้องนำมาในวันสอบ

๗.๑ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวข้าราชการ (ที่ยังไม่หมดอายุ)

๗.๒ ใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมสอบ

๗.๓ อุปกรณ์ที่ใช้ในการสอบ ได้แก่ ดินสอ ๒ B, ยางลบดินสอ และปากกาสีน้ำเงิน

ข้อ ๘. เกณฑ์การตัดสิน

๘.๑ ผู้สอบผ่านต้องได้คะแนนสอบของวิชาในหมวดวิชาที่ ๑ ประกอบด้วย ส่วนที่ ๑ ส่วนที่ ๒ และส่วนที่ ๓ รวมกันไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ และ

๘.๒ ผู้สอบต้องได้คะแนนหมวดวิชาที่ ๒ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ จึงจะถือว่าสอบผ่าน


๘.๓ การเก็บคะแนน ผู้สอบต้องได้คะแนนในหมวดวิชาที่ ๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ หรือต้องได้คะแนนในหมวดวิชาที่ ๒ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ จึงจะสามารถเก็บคะแนนในหมวดวิชานั้นๆ ไว้ได้ โดยสามารถเก็บคะแนนไว้ได้ไม่เกิน ๓ ครั้งของการประกาศสอบต่อเนื่องกัน นับตั้งแต่เริ่มมีการเก็บคะแนนครั้งแรก หากครบกำหนดดังกล่าวแล้ว ยังไม่สามารถสอบผ่านทุกหมวดวิชา การเก็บคะแนนนั้นเป็นอันสิ้นสุดลง และจะต้องเริ่มต้นสอบใหม่ทุกหมวดวิชา

ข้อ ๙. การประกาศผลสอบ

ในวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๕๗ ทางเว็บไซต์สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (ไม่แจ้งผลสอบทางโทรศัพท์)

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗



(นางสร้อยสุดา วิทยากร)

ประธานกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด

เลขที่..... วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง

กบ.1

คำร้องขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า(นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....
เดือน.....พ.ศ..... สัญชาติ.....เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เลขหนังสือเดินทางของบุคคลต่างด้าว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ อยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

2. มีความรู้ในวิชาชีพโดยได้รับการศึกษาและได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา
สาขากิจกรรมบำบัด จาก.....เมื่อ พ.ศ.

3. เคยได้รับอนุญาตได้ประกอบโรคศิลปะ สาขา.....
ประเภท.....จากประเทศ.....เมื่อ พ.ศ.

4. ประสงค์ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา.....

5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งสร้างความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ

6. ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือสำเนาบัตรพนักงานของรัฐ กรณีเป็นคนต่างด้าวต้องมีหนังสือเดินทางหรือเอกสารคนต่างด้าว
- สำเนาทะเบียนบ้าน หรือหลักฐานแสดงถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยกรณีเป็นคนต่างด้าว
- สำเนาใบรายงานผลการศึกษา หรือ สำเนาใบปริญญาบัตรหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา
- หนังสือแสดงผลการสอบผ่านความรู้จากคณะกรรมการวิชาชีพ(ถ้ามี)
- หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพเพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
- ภาพถ่ายขนาด 1 นิ้ว แต่งกายสุภาพ หน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตา ดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 3 ภาพ (ต้องไม่เป็นภาพถ่ายโพลาลอยด์)
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะจากต่างประเทศสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ ซึ่งมีได้มีสัญชาติไทย
- หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ภาพถ่าย
ขนาด 1
นิ้ว

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

คณะกรรมการวิชาชีพสาขา..... ได้ออกใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ทะเบียนใบอนุญาตเลขที่.....
ผู้ลงนามใบอนุญาต
(.....) (.....)
กรรมการและเลขานุการ ประธานกรรมการวิชาชีพ

หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ
เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

ผู้ประกอบวิชาเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย(นาย/นาง/นางสาว).....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว

ส่วนที่ 1

นาย/นาง/นางสาว.....ปราศจากโรค ดังต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
- (4) โรคพิษสุราเรื้อรัง

ส่วนที่ 2

กรณีที่แพทย์ตรวจพบโรคอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการประกอบโรคศิลปะ

(โปรดระบุ).....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

ตัวอย่าง การกรอกใบตอบรับในประเทศ

ด้านหน้า



ป.133 ก.

ใบตอบรับในประเทศ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง
หน้าข้อความที่ต้องการ

- รับรอง ลงทะเบียน
 ชำนาญดี รับประกัน
 พิสดูไปรษณีย์ Logispost

หนังสือเลขหมาย R ป.177

กรุณากรอกชื่อที่อยู่ของผู้ฝากส่งในช่อง
ด้านหน้า รวมทั้งกรอกชื่อที่อยู่ของผู้รับ
และอื่นๆ ในช่องด้านหลัง

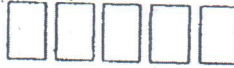
ชื่อและที่อยู่ของผู้ฝากส่ง

สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี

๑๑๐๐๐



ด้านหลัง

ผู้สมัครสอบกรอกข้อมูลในช่องชื่อและที่อยู่ของผู้รับด้านหลัง เท่านั้น



ชื่อและที่อยู่ของผู้รับ

ชื่อ: นางสาววิหรรษา มงคลใจ

ที่อยู่: ๑๑/๑ ซ. ๑ ถ.ตากสิน ๑๑, เมือง

จ.นนทบุรี

รหัสไปรษณีย์ 11000

ฝากส่ง ณ ที่ทำการไปรษณีย์ กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1.

ตราประจำวัน
ของที่ทำกรารับฝาก

ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่ของสิ่งของ
ที่ขอใบตอบรับ

2.

ตราประจำวัน
ของที่ทำกรารที่ส่งคืนผู้ฝาก

คำตอบรับของผู้รับ ได้รับสิ่งของตามที่แจ้งไว้ข้างต้นเรียบร้อยแล้ว

เมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ เวลา _____ น.

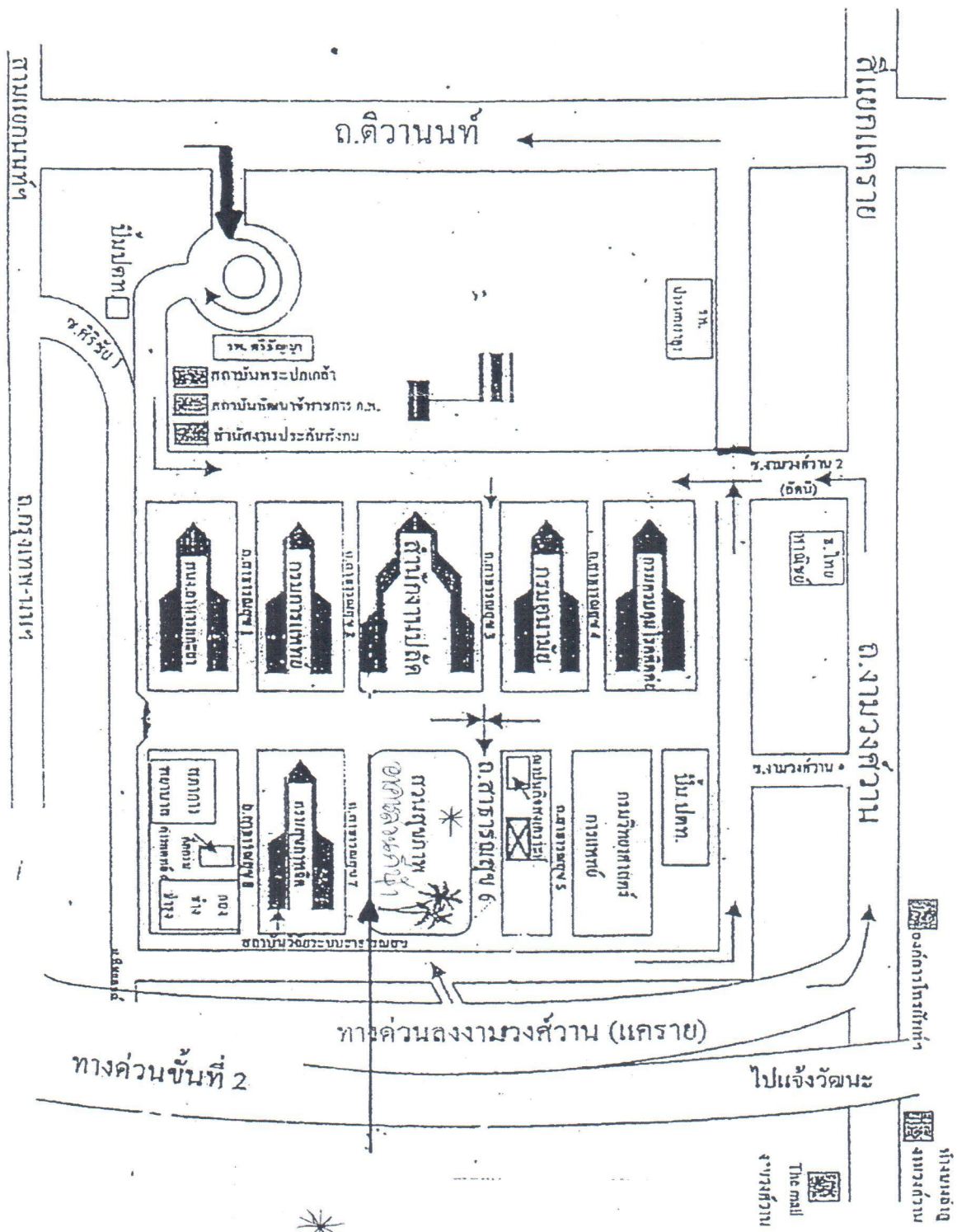
ลงชื่อผู้รับหรือผู้รับแทน

ผู้รับแทนชื่อ _____

เกี่ยวข้องกับผู้รับโดยเป็น _____

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้นำจ่าย _____

แผนที่สถานที่สอบ สาขากิจกรรมบำบัด



สถานที่สอบ

อาคารสวนกีฬา อ.สาธารณสุข 7