



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก  
 เลขที่..... ๕๕๖๖  
 วันที่..... ๑๗ พ.ค. ๒๕๖๒  
 เวลา..... น.

ที่ สธ ๐๗๐๒.๐๖.๐๑/ ๕๗๑

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
 กระทรวงสาธารณสุข  
 ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

2 พ.ค. 2562

๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์และรับสมัครสอบความรู้

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- |  |              |
|--|--------------|
| ๑. ประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด       |              |
| เรื่อง การรับสมัครสอบความรู้                     | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. คำร้องขอขึ้นทะเบียนฯ (กบ.๑)                   | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพเพื่อขอขึ้นทะเบียนฯ | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ และคณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด ได้กำหนดการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด ประจำปี ๒๕๖๒ ในวันอาทิตย์ที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๒ (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑)

ในการนี้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จึงขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการประชาสัมพันธ์และมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการรับคำขอขึ้นทะเบียนฯ ของผู้ประสงค์จะขอสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา กิจกรรมบำบัด พร้อมนี้ได้แนบรายละเอียดและเอกสารที่เกี่ยวกับการรับสมัครสอบฯ มาพร้อมหนังสือฉบับนี้ (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ - ๓) อนึ่งการรับสมัครสอบ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด มีกำหนด ในระหว่างวันที่ ๑๗ มิถุนายน - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒ โดยเก็บเงินค่าธรรมเนียมสอบและค่าคำขอขึ้นทะเบียนฯ เป็นจำนวนเงิน ๑,๐๕๐ บาท (หนึ่งพันห้าสิบบาทถ้วน) และกรุณาส่งคำร้องขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารทั้งหมด ให้สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะภายในวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ และขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์ และการรับสมัครสอบความรู้ของผู้ขอขึ้นทะเบียนฯ มา ณ โอกาสนี้ด้วย

รับชม ทน สภ.ตาก  
 เบื้องหน้า สภ.ตาก  
 ๕๐๑ สภ.ตาก  
 อีโอดี

ขอแสดงความนับถือ

(นายอาคม ประดิษฐ์สุวรรณ)  
 รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

(นายสุพร กาวินา)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)  
 ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก

สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

โทร. ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๗๙

โทรสาร ๐ ๒๑๙๙ ๕๖๓๑

(นายคมกริ ดินมูมิประเทศ)  
 ภาสัชกรชำนาญการพิเศษ

ตัวเอก



ประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด  
เรื่อง การรับสมัครและการสอบความรู้ฯ ประจำปี ๒๕๖๒

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

คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัดจึงออกประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด เรื่อง การรับสมัครและการสอบความรู้ เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด ประจำปี ๒๕๖๒ 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 และลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนฯ จำนวน ๑ ชุด (ตามแบบ กบ.๑)

๒.๒ รูปถ่ายหน้าตรง ท่าปกติ 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 จำนวน ๑ ฉบับ

- กรณีสำเร็จการศึกษาแล้ว แต่ยังไม่ได้รับปริญญาบัตร ให้แนบหนังสือรับรองคุณวุฒิว่าสำเร็จการศึกษาในสาขากิจกรรมบำบัดฉบับจริงจากสภามหาวิทยาลัยของสถาบันการศึกษาที่ศึกษาอยู่

- กรณีผู้สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ ต้องแนบเอกสารเพิ่มเติม ได้แก่

๑) สำเนาใบรายงานผลการศึกษาในสาขากิจกรรมบำบัด

๒) หนังสือรับรองสถาบันการศึกษา จากคณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด

๓) สำเนาภาพถ่ายใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัดจากประเทศที่สำเร็จการศึกษา (กรณีเป็นผู้สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ ซึ่งมีได้มีสัญชาติไทย)

๒.๖ หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ (ตามแบบที่กำหนดท้ายประกาศนี้) จำนวน ๑ ฉบับ

พร้อมประทับตราสถานพยาบาลที่ออกหนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ

๒.๗ หลักฐานอื่นๆ ที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าจำเป็น เช่น หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ทะเบียนสมรส เป็นต้น

๒.๘ เงินค่าธรรมเนียมสอบ จำนวน ๑,๐๕๐ บาท (ทั้งนี้ผู้สมัครต้องตรวจสอบคุณสมบัติของตนเองและแนบหลักฐานประกอบการยื่นสมัครสอบให้ถูกต้องและครบถ้วน เมื่อชำระเงินแล้ว จะไม่มีการคืนเงินค่าธรรมเนียมให้ ไม่ว่ากรณีใดๆ)

**\*\* ผู้สมัครต้องลงนามรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ \*\***

**ข้อ ๓. การรับสมัครสอบ และสถานที่รับสมัคร มีดังนี้**

๓.๑ กรณียื่นคำร้องผ่านทางระบบออนไลน์ ที่เว็บไซต์ <https://mrd-hss.thaijobjob.com> โดยให้

- บันทึกข้อมูลการสมัคร(เปิดระบบให้บันทึกได้ตั้งแต่วันที่ ๑๗ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒)

แล้วให้ผู้สมัครส่งพิมพ์แบบฟอร์มการชำระค่าธรรมเนียมสอบ และนำไปชำระที่เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทยทุกสาขาทั่วประเทศ (เสียค่าธรรมเนียมธนาคารจำนวน ๓๐ บาท) โดยสามารถชำระได้ตั้งแต่วันที่ ๑๗ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒ ภายในเวลาทำการของธนาคาร

- พิมพ์คำร้องขอขึ้นทะเบียนฯที่ได้บันทึกทางเว็บไซต์แล้วนั้น และลงลายมือชื่อผู้ยื่นคำร้องฯ พร้อมแนบหลักฐานประกอบการสมัครตามข้อ ๒. จัดส่งเอกสารหลักฐานการสมัครสอบมาทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่

ท้ายนี้ ภายในวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ทั้งนี้ยึดวันประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ จึงจะถือว่าการสมัครสอบ  
สมบูรณ์

ที่อยู่จัดส่ง...

กลุ่มการประกอบโรคศิลปะ

สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ชั้น ๕)

กระทรวงสาธารณสุข

อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

วงเล็บมุมซองว่า (สมัครสอบสาขากิจกรรมบำบัด)

๓.๒ กรณียื่นคำร้องด้วยตนเอง สามารถยื่นคำร้องฯ พร้อมเอกสารหลักฐานการสมัครสอบ ได้ ๒ แห่ง  
ดังนี้

๓.๒.๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ยื่นได้ตั้งแต่วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๒ ถึงวันที่  
๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒ ในวันและเวลาราชการ (๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.)

๓.๒.๒ ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ ชั้น ๑ อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ถนนสาธารณสุข ๘)  
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ยื่นได้ตั้งแต่วันที่ ๑๗ มิถุนายน  
๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ในวันและเวลาราชการ (๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.) สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้  
ที่ โทร. ๐๒ ๑๔๓ ๗๐๗๔

ข้อ ๔. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบ

วันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ทางเว็บไซต์ของสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ  
ที่ <http://www.mrd-hss.moph.go.th>

ข้อ ๕. วัน เวลา สถานที่สอบ และวิชาสอบ

วันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๙ อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
(ถนนสาธารณสุข ๘) กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

เวลา ๐๘.๐๐ - 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  
พ.ศ. ๒๕๕๔ และระเบียบกระทรวงสาธารณสุข  
ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะ  
ของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาจักษุกรรมบำบัด พ.ศ. ๒๕๕๒  
(๑๐ ข้อ ๑๐ คะแนน)
- ๒.) พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒  
และที่แก้ไขเพิ่มเติม (๒๕ ข้อ ๒๕ คะแนน)
- ๓.) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑  
และที่แก้ไขเพิ่มเติม (๑๕ ข้อ ๑๕ คะแนน)

**\*\* ผู้สมัครสอบต้องเข้าห้องสอบตามเวลาที่กำหนดไว้ หรือถ้ามาแสดงตัวที่ห้องสอบหลังจากเริ่มทำการสอบไปแล้ว  
เกิน ๓๐ นาที ถือว่าผู้สมัครสอบหมดสิทธิสอบในวิชานั้น เว้นแต่มีเหตุจำเป็นซึ่งต้องมีหลักฐานมาแสดง  
ต่อคณะกรรมการอำนวยการสอบ เพื่อประกอบการพิจารณา\*\***

**ข้อ ๖. เอกสารที่จะต้องนำมาในวันสอบ**

- ๖.๑ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวข้าราชการ (ที่ยังไม่หมดอายุ)
- ๖.๒ อุปกรณ์ที่ใช้ในการสอบ ได้แก่ ดินสอ ๒ B, ยางลบดินสอ และปากกาสีน้ำเงิน

**ข้อ ๗. เกณฑ์การตัดสินผลการสอบ**

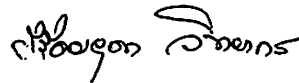
- ๗.๑ ผู้สอบผ่านต้องได้คะแนนสอบของวิชาในหมวดวิชาที่ ๑ ประกอบด้วยส่วนที่ ๑ ส่วนที่ ๒ และ  
ส่วนที่ ๓ รวมกันไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ **และ**
- ๗.๒ ผู้สอบต้องได้คะแนนหมวดวิชาที่ ๒ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ จึงจะถือว่าสอบผ่าน
- ๗.๓ การเก็บคะแนน ผู้สอบต้องได้คะแนนในหมวดวิชาที่ ๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ หรือต้องได้  
คะแนนในหมวดวิชาที่ ๒ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ จึงจะสามารถเก็บคะแนนในหมวดวิชานั้นๆ ไว้ได้ โดยสามารถเก็บ  
คะแนนไว้ได้ไม่เกิน ๓ ครั้งของการประกาศสอบต่อเนื่องกัน นับตั้งแต่เริ่มมีการเก็บคะแนนครั้งแรก หากครบ  
กำหนดดังกล่าวแล้ว ยังไม่สามารถสอบผ่านทุกหมวดวิชา การเก็บคะแนนนั้นเป็นอันสิ้นสุดลง และจะต้องเริ่มต้น  
สอบใหม่ทุกหมวดวิชา

## ข้อ ๘. การประกาศผลสอบ

ประกาศผลสอบในวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๒ ทางเว็บไซต์สำนักสถานพยาบาลและ  
การประกอบโรคศิลปะ ที่ <http://www.mrd-hss.moph.go.th> (ไม่แจ้งผลสอบทางโทรศัพท์)

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๗ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๒



(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. ประสงค์ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด

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 ทำปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาตา ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 3 ภาพ (ต้องไม่เป็นภาพถ่ายโหลาลอยด์)
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะจากต่างประเทศสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ ซึ่งมีได้มีสัญชาติไทย
- หลักฐานอื่น ๆ(ถ้ามี).....

ภาพถ่าย  
ขนาด 1  
นิ้ว

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง  
(.....)

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

หนังสือรับรองการตรวจสอบสุขภาพ  
เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....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) โรคพิษสุราเรื้อรัง

ส่วนที่ ๒

กรณีที่แพทย์ตรวจพบโรคอื่นๆซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการประกอบโรคศิลปะ

(โปรดระบุ).....

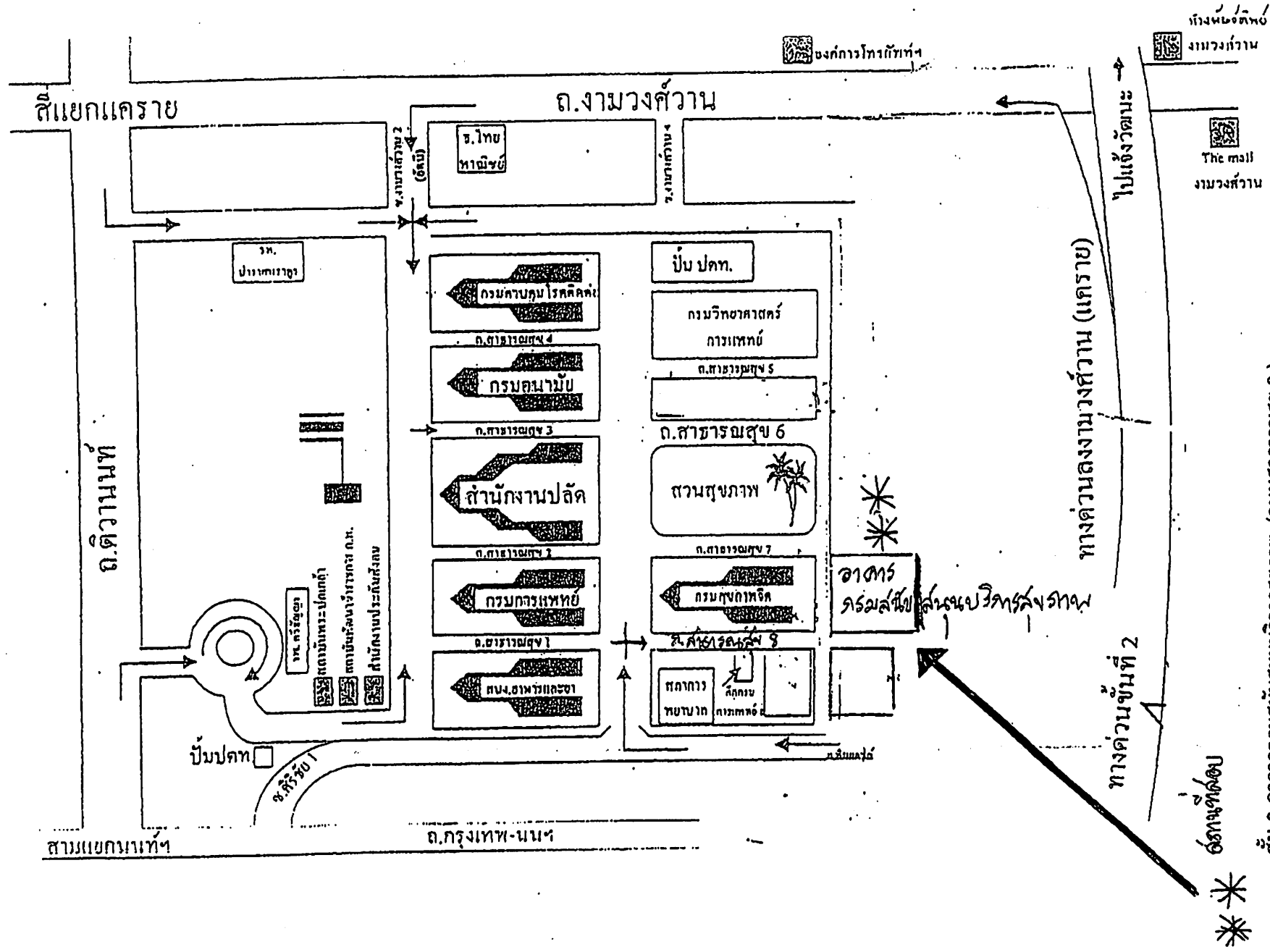
(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ : กรุณาประทับตราสถานพยาบาลที่ออกหนังสือรับรองการตรวจสอบสุขภาพด้วย





ชั้น 9 อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ถนนสาทรตลิ่ง 8)  
 ภายใต้อาคารกระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี  
 โทร.02-1937000 ต่อ 18413