****

**แบบ ล.2 – 1**

**ใบสมัครรับเลือกเป็นกรรมการซึ่งเป็นคณบดีหรือหัวหน้าหน่วยงานที่เรียกชื่ออย่างอื่น
ที่มีฐานะเทียบเท่าคณะหรือหัวหน้าภาควิชาที่ผลิตบัณฑิตสาขาการแพทย์แผนไทย
หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐและสถาบันอุดมศึกษาของเอกชน
ที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชนตามมาตรา ๑๕ (๒)
แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว...........................................................นามสกุล..................................................... อายุ...............ปี ได้รับการเสนอชื่อเพื่อสมัครรับเลือกเป็นกรรมการ ตามมาตรา ๑๕ (๒) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ และให้ความยินยอมรับการเสนอชื่อเพื่อสมัครรับเลือกเป็นกรรมการดังกล่าว

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง (ระบุชื่อตำแหน่ง) ....................................................................................................................

(ระบุชื่อหน่วยงาน) …………………………………………………………………….…...... ที่สภาการแพทย์แผนไทยให้การรับรอง

ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษา 🞏 รัฐ 🞏 เอกชน

ที่ผลิตบัณฑิตสาขา 🞏 การแพทย์แผนไทย 🞏 การแพทย์แผนไทยประยุกต์

พร้อมหนังสือฉบับนี้ได้แนบเอกสารหลักฐาน ดังนี้

 🞏 หนังสือเสนอรายชื่อและยินยอมให้เสนอรายชื่อบุคคลเพื่อสมัครรับเลือกจากสถาบันอุดมศึกษาของรัฐหรือสถาบันการศึกษาเอกชนที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย แบบ ล.2 – 2

 🞏 แบบประวัติผู้ได้รับการเสนอรายชื่อเป็นผู้สมัครรับเลือก แบบ ล.2 – 3

 🞏 เอกสารแนะนำตัวผู้สมัครรับเลือกเป็นกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย (จัดพิมพ์ในพื้นที่ ขนาดกว้าง 13 เซนติเมตร สูง 14 เซนติเมตร พิมพ์ด้วยอักษร TH SarabunIT๙ ขนาด 14 Point เท่านั้น
ส่งพร้อมไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น CD หรือ ยูเอสบีแฟลชไดร์ฟ) แบบ ล.2 - 4

 🞏 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้

 🞏 สำเนาทะเบียนบ้าน

 🞏 สำเนาคำสั่งหรือหลักฐานการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

 🞏 ภาพถ่ายสี หน้าตรง ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตาดำ ไม่สวมหมวก ไม่สวมหน้ากากอนามัย
ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 ภาพ (ห้ามใช้ภาพโพลารอยด์)

 🞏 สำเนาหลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุล สำเนาใบประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เป็นต้น

ข้าพเจ้ามีสถานที่ทำงานหรือที่อยู่ซึ่งติดต่อได้ดังนี้

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

โทรศัพท์...................................... โทรสาร ...................................... E-mail ……………………………….……...................

(ลงลายมือชื่อ) ..........................................................................

( .................................................................. )

วันที่ ............... เดือน ................................ พ.ศ. ..............

****

**แบบ ล.2 – 2**

**หนังสือเสนอรายชื่อและยินยอมให้เสนอรายชื่อบุคคลเพื่อสมัครรับเลือกเป็นกรรมการสภาการแพทย์
แผนไทย ซึ่งเป็นคณบดี หรือหัวหน้าหน่วยงานที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่มีฐานะเทียบเท่าคณะ หรือหัวหน้าภาควิชาที่ผลิตบัณฑิตสาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ
และสถาบันอุดมศึกษาของเอกชนที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชน
ตามมาตรา 15 (2) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖**

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว .......................................................นามสกุล.............................................................

ตำแหน่ง.......................................................................................................................................................................

ในฐานะผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษา..............................................................................................................................

ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษา 🞏 รัฐ 🞏เอกชน

ที่ผลิตบัณฑิตสาขา 🞏สาขาการแพทย์แผนไทย 🞏สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
ที่ทำการ ตั้งอยู่เลขที่.................หมู่ที่.................. ตรอก/ซอย......................................ถนน.........................................ตำบล/แขวง .................................อำเภอ/เขต............................. จังหวัด ......................รหัสไปรษณีย์......................เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้………………………………………………….อีเมล์.............................................................................

ขอเสนอชื่อ นาย / นาง / นางสาว.........................................................นามสกุล........................................................

ตำแหน่ง............................................................................หน่วยงาน...........................................................................

ที่ทำการ ตั้งอยู่เลขที่..................หมู่ที่.................... ตรอก/ซอย......................................ถนน......................................ตำบล/แขวง .................................อำเภอ/เขต............................. จังหวัด.......................รหัสไปรษณีย์.......................เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้………………………………………………….อีเมล์.............................................................................

(ลงลายมือชื่อ) .................................................ผู้เสนอชื่อ

 (...................................................)

 ........./........./..........

ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมให้เสนอชื่อเพื่อสมัครรับเลือกเป็นกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 15 (2)

(ลงลายมือชื่อ) ................................................ผู้ให้ความยินยอม

(...................................................)

 ........./........./.........

****

**แบบ ล.2 – 3**

**แบบประวัติผู้ได้รับการเสนอชื่อเป็นผู้สมัครรับเลือกกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นคณบดี
หรือหัวหน้าหน่วยงานที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่มีฐานะเทียบเท่าคณะ หรือหัวหน้าภาควิชาที่ผลิตบัณฑิต
สาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ
และสถาบันอุดมศึกษาของเอกชนที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชน
ตามมาตรา 15 (2) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖**

ข้าพเจ้า

(๑) ชื่อ นาย/นาง/นางสาว ...........................................................นามสกุล.................................................................

เลขประจำตัวประชาชน...........................................................................................................................................(๒) เกิดวันที่ ..................... เดือน ...................... พ.ศ. .......................... อายุ ................... ปี .......................... เดือน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่ ............... หมู่ที่ .................. ตรอก/ซอย ....................... ถนน................................ ตำบล/แขวง ................................. อำเภอ/เขต............................................ จังหวัด ..................................................

รหัสไปรษณีย์ .................................................... โทรศัพท์ ..........................................................................................

(๓) สถานที่ติดต่อ เลขที่ ...............................หมู่ที่ .................. ตรอก/ซอย ....................... ถนน...............................

ตำบล/แขวง ...................................................... อำเภอ/เขต......................................... จังหวัด ................................

รหัสไปรษณีย์ .................................................... โทรศัพท์ ..........................................................................................

(๔) คุณวุฒิการศึกษา....................................................................................................................................................

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

(๕) ตำแหน่งปัจจุบัน....................................................................................................................................................

(๖) สถานที่ทำงาน.......................................................................................................................................................

เลขที่ .................หมู่ที่ ................ ตรอก/ซอย ........................................... ถนน ......................................................

ตำบล/แขวง ..................................อำเภอ/เขต............................................. จังหวัด .....................................…………

รหัสไปรษณีย์ .................................... โทรศัพท์ ..........................................................................................................

(7) พร้อมนี้ได้แนบ

ประวัติการทำงาน (ถ้ามี) จำนวน...................................................หน้า

/8 ยินยอม...

- ๒ -

(8) ยินยอมให้..............................................................................................................................................................

เสนอชื่อของข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิสมัครรับเลือกกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 15 (2)
แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 ยื่น ณ วันที่ .......................... เดือน ............................... .พ.ศ. ..............................

 (ลงลายมือชื่อ) ................................................... เจ้าของประวัติ

 (...................................................)

 ........./........./..........

****

**แบบ ล.2 – 4**

**เอกสารแนะนำตัวผู้สมัครรับเลือกเป็นกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย**

**ตามมาตรา ๑๕ (๒) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖**

**คำชี้แจง**

ขอให้ผู้สมัครรับเลือก กรอกรายละเอียดตามแบบฟอร์มนี้ด้วยภาษาไทย และยื่นในวันที่สมัครรับเลือก
โดยคณะอนุกรรมการอำนวยการเลือกและการเลือกตั้งกรรมการ จะนำข้อมูลมาจัดทำเอกสารแนะนำตัวผู้สมัคร
รับเลือกเป็นกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย คณะอนุกรรมการอำนวยการเลือกและการเลือกตั้งกรรมการ
ขอสงวนสิทธิในการพิจารณาข้อความที่จะเผยแพร่ในเอกสารแนะนำผู้สมัครรับเลือก

**หมายเลขผู้สมัคร XXX**

ติดรูปภาพขนาด 1 นิ้ว

**ชื่อ-สกุล** ………………………………………………………………….......................

**ประวัติการศึกษา** ………………………………………………………………….......................

……………………………………………………………………………………………….........................................

……………………………………………………………………………………………….........................................

**การศึกษาสูงสุด** ………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**ตำแหน่งและที่ทำงานปัจจุบัน** ……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**วันสิ้นสุดวาระการดำรงตำแหน่ง วันที่**...............**เดือน**...........................**พ.ศ.** .........................

**ประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (ไม่เกิน 5 บรรทัด)**

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**นโยบายผดุงวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและคุ้มครองสิทธิของประชาชน (ไม่เกิน 5 บรรทัด)**

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

 **หมายเหตุ :** ข้าพเจ้ายินยอมให้สภาการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นผู้ควบคุมหรือครอบครองข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าเปิดเผย และ/หรือ แลกเปลี่ยนข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าต่อสาธารณะเพื่อการดำเนินการใดๆ ตามวัตถุประสงค์ของสภาการแพทย์แผนไทย

(ลงลายมือชื่อ) ................................................................

 (..........................................................)

 วันที่ ............... เดือน ...................... พ.ศ. .............

****

**หนังสือยืนยันการเข้าร่วมประชุมเพื่อเลือกกรรมการ**

**ตามมาตรา ๑๕ (๒) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖**

ตามที่สภาการแพทย์แผนไทยกำหนดให้มีการเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๒) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งเป็นคณบดีหรือหัวหน้าหน่วยงานที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่มีฐานะเทียบเท่าคณะ
หรือหัวหน้าภาควิชาที่ผลิตบัณฑิตสาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
ในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐและสถาบันอุดมศึกษาของเอกชนที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งละหนึ่งคน เลือกกันเองให้เหลือสาขาละสามคนนั้น

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ........................................................นามสกุล..................................................อายุ...............ปี ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง (ระบุชื่อตำแหน่ง) ............................................................................................

(ระบุชื่อหน่วยงาน) ………………………………………………………………………….………….………….....…. ซึ่งเป็นหน่วยงานใน 🞏 สถาบันอุดมศึกษาของรัฐ 🞏 สถาบันอุดมศึกษาของเอกชนที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชน ที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง

ผลิตบัณฑิต 🞏 สาขาการแพทย์แผนไทย 🞏 สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

 🞏 มีความประสงค์จะเข้าร่วมประชุมเพื่อเลือกกรรมการ

 🞏 ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมประชุมเพื่อเลือกกรรมการ

ข้าพเจ้ามีสถานที่ทำงานหรือที่อยู่ซึ่งติดต่อได้ดังนี้

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

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

โทรศัพท์...................................... โทรสาร ...................................... E-mail ……………………………….…….......

(ลงลายมือชื่อ).............................................................................

( .................................................................. )

 วันที่ ............... เดือน .............................. พ.ศ. ................