

**แบบฟอร์ม คำขออุทธรณ์**  
**ของผู้สมัครสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา ๑๒ (๒)**  
**แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖**

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว/นาง) .....

เลขที่บัตรประชาชน ..... โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

๑. ประเภทที่สมัครสอบ  ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ก)  ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ข)
- ภาคทฤษฎี  ภาคปฏิบัติ  ชั้นตอน ๑-๒  ชั้นตอน ๓
- วิชาเวชกรรมไทย  วิชาเภสัชกรรมไทย  วิชาการผดุงครรภ์ไทย  วิชาการนวดไทย
- อื่น ๆ .....

๒. ขออุทธรณ์เรื่อง .....

สามารถยื่นคำขออุทธรณ์ได้ด้วยตนเอง ณ สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย อาคาร ๑  
ชั้น ๔ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี  
หรือโทรสอบถามเพิ่มเติมได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒ ๕๘๐ ๑๑๕๗ - ๘ และโทรสารหมายเลข ๐๒ ๕๘๐ ๐๑๐๔  
ในวันและเวลาราชการเท่านั้น

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการหากมีการตรวจสอบแล้วปรากฏว่า  
ข้อความดังกล่าวเป็นเท็จให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้และข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิ  
เรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ ..... ผู้อุทธรณ์

(.....)

วันที่ ...../...../.....