****

 **แบบ ล.3 – 1**

**ใบสมัครรับเลือกเป็นกรรมการซึ่งเป็นผู้แทนสมาคมหรือมูลนิธิที่เกี่ยวข้อง
กับการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 15 (3)
แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว....................................................นามสกุล............................................................
อายุ...............ปี ได้รับการเสนอชื่อเพื่อสมัครรับเลือกเป็นกรรมการ ตามมาตรา ๑๕ (3) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ และให้ความยินยอมรับการเสนอชื่อเพื่อสมัครรับเลือกเป็นกรรมการดังกล่าว

ปัจจุบันข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสมาคม/มูลนิธิ................................................................................................................ ที่สภาการแพทย์แผนไทยให้การรับรอง ดำรงตำแหน่ง (ระบุชื่อตำแหน่ง) ........................................................(ถ้ามี)

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ 🞏 การแพทย์แผนไทย 🞏 การแพทย์แผนไทยประยุกต์

พร้อมหนังสือฉบับนี้ได้แนบเอกสารหลักฐาน ดังนี้

 🞏 หนังสือเสนอรายชื่อและยินยอมให้เสนอรายชื่อบุคคลเพื่อสมัครรับเลือกจากสมาคมหรือมูลนิธิ แบบ ล.3 – 2

 🞏 แบบประวัติผู้ได้รับการเสนอชื่อเป็นผู้สมัครรับเลือก แบบ ล.3 – 3

 🞏 เอกสารแนะนำตัวผู้สมัครรับเลือกเป็นกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย (จัดพิมพ์ในพื้นที่ ขนาดกว้าง 13 เซนติเมตร สูง 14 เซนติเมตร พิมพ์ด้วยอักษร TH SarabunIT๙ ขนาด 14 Point เท่านั้น
ส่งพร้อมไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) แบบ ล.3 – 4

 🞏 หนังสือการจัดตั้งสมาคมหรือมูลนิธิที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการแพทย์แผนไทย 🞏 สำเนาบัตรสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทยที่ยังไม่หมดอายุ

 🞏 สำเนาใบประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์

 🞏 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้

 🞏 สำเนาทะเบียนบ้าน

 🞏 สำเนาคำสั่งหรือหลักฐานการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

 🞏 ภาพถ่ายสี หน้าตรง ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตาดำ ไม่สวมหมวก ไม่สวมหน้ากากอนามัย ซึ่งถ่ายไว้
ไม่เกิน 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.3 – 2**

****

**หนังสือเสนอรายชื่อและยินยอมให้เสนอรายชื่อบุคคลเพื่อสมัครรับเลือกจากสมาคมหรือมูลนิธิซึ่งเป็นผู้แทนสมาคมหรือมูลนิธิที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 15 (3)
แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖**

ข้าพเจ้า สมาคม/มูลนิธิ...............................................................................................................................................

โดย นาย/นาง/นางสาว.....................................นามสกุล...........................................ตำแหน่ง....................................

สำนักงานตั้งอยู่เลขที่.........................หมู่ที่.................. ตรอก/ซอย...................................ถนน...................................

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

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้………………………………………………….อีเมล์............................................................................

ขอเสนอชื่อ นาย/นาง/นางสาว ................................นามสกุล.....................................ตำแหน่ง........................(ถ้ามี)

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ 🞏 สาขาการแพทย์แผนไทย ด้าน....................................................................................

เลขที่ใบอนุญาต................................................................................................................

 🞏 สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่ใบอนุญาต.....................................................

ที่อยู่ เลขที่.................หมู่ที่.................. ตรอก/ซอย......................................ถนน.......................................................
ตำบล/แขวง .................................อำเภอ/เขต............................. จังหวัด ......................รหัสไปรษณีย์......................เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้………………………………………………….อีเมล์............................................................................เพื่อเป็นผู้แทน สมาคม/มูลนิธิ.......................................................................................................................
ซึ่งขอรับรองว่าเป็นไป ตามข้อ 13 แห่งข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยการเลือก การเลือกตั้งกรรมการ การเลื่อนผู้มีคุณสมบัติขึ้นเป็นกรรมการแทน และการเลือกกรรมการเพื่อดำรงตำแหน่งต่าง พ.ศ.2564 เพื่อสมัครรับเลือกเป็นกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 15 (3)

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

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

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

ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมให้เสนอชื่อเพื่อสมัครรับเลือกเป็นกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 15 (3)

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

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

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

****

**แบบ ล.3 – 3**

**แบบประวัติผู้ได้รับการเสนอชื่อเป็นผู้สมัครรับเลือกกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย
ซึ่งเป็นผู้แทนสมาคมหรือมูลนิธิที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย
ตามมาตรา 15 (3) 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) คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด.........................................................................................................................................

(5) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ 🞏 สาขาการแพทย์แผนไทย ด้าน.................................................................................

 เลขที่ใบอนุญาต.....................................................................................................

 🞏 สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่ใบอนุญาต..................................................

(6) ตำแหน่งปัจจุบัน ...................................................................................................................................................

(7) สถานที่ทำงาน.......................................................................................................................................................

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

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

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

(8) พร้อมนี้ได้แนบ

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

/9...

- ๒ -

(9) ยินยอมให้สมาคม/มูลนิธิ..........................................................................................................................
เสนอชื่อของข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิผู้สมัครรับเลือกกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 15 (3) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖

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

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

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

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

**แบบ ล.3 - 4**

****

**เอกสารแนะนำตัวผู้สมัครรับเลือกเป็นกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย**

**ตามมาตรา ๑๕ (3) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖**

**คำชี้แจง**

ขอให้ผู้สมัครรับเลือก กรอกรายละเอียดตามแบบฟอร์มนี้ด้วยภาษาไทย และยื่นในวันที่สมัครรับเลือก
โดยคณะอนุกรรมการอำนวยการเลือกและการเลือกตั้งกรรมการ จะนำข้อมูลมาจัดทำเอกสารแนะนำตัวผู้สมัคร
รับเลือกเป็นกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย คณะอนุกรรมการอำนวยการเลือกและการเลือกตั้งกรรมการ
ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาข้อความที่จะเผยแพร่ในเอกสารแนะนำผู้สมัครรับเลือก

ติดรูปภาพขนาด 1 นิ้ว

**หมายเลขผู้สมัคร XXX**

**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. ............



**หนังสือแสดงความจำนงเข้าร่วมประชุมเพื่อเลือกกรรมการ**

**ตามมาตรา ๑๕ (๓) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖**

ตามที่สภาการแพทย์แผนไทยกำหนดให้มีการเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๓) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งเป็นผู้แทนสมาคมหรือมูลนิธิที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการแพทย์แผนไทย
แห่งละหนึ่งคน เลือกกันเองให้เหลือสามคนนั้น

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

(ระบุชื่อสมาคมหรือมูลนิธิ) ………………………………………………………………………….………………. ซึ่งเป็นสมาคมหรือมูลนิธิที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และจดทะเบียนเป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย
มีความประสงค์จะเสนอนาย/นาง/นางสาว .......................................... นามสกุล ......................................................ซึ่งเป็นผู้แทนสมาคม/มูลนิธิและมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย หรือเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์
2. ไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย ติดต่อกันสองวาระ
3. ไม่เป็นผู้ทำหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินการเลือก หรือการเลือกตั้ง ในวาระนั้น

(4) เป็นผู้ไม่เคยถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาต

(5) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเคยเป็นบุคคลล้มละลายทุจริต

เข้าร่วมประชุมเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๓) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ.๒๕๕๖
ในฐานะผู้แทนสมาคมหรือมูลนิธิ พร้อมหนังสือฉบับนี้ได้แนบเอกสารหลักฐานดังนี้

🞏 สำเนาหนังสือการจดทะเบียนสมาคมหรือมูลนิธิ

🞏 สำเนาบัตรสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทยที่ยังไม่หมดอายุ

🞏 สำเนาหลักฐานวัตถุประสงค์หรือดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยมาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปี โดยมีหนังสือรับรองหน่วยงานของรัฐทุกประเภท

🞏 สำเนารายงานการจัดประชุมใหญ่หรือจัดประชุมสมาชิกประจำปี

🞏 สำเนารายงานงบการเงินย้อนหลังไม่น้อยกว่าสองปี

🞏 สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย หรือสำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

🞏 ข้อมูลแนะนำผู้สมัครรับเลือก ซึ่งคณะอนุกรรมการอำนวยการเลือกและการเลือกตั้งกรรมการ
จะเผยแพร่ในวันประชุมเลือกกรรมการ (กรณีที่มีความประสงค์จะสมัครรับเลือกเป็นกรรมการในวันประชุมกรุณาจัดพิมพ์ข้อมูลในพื้นที่ขนาดกว้าง ๑๓ ซม. สูง ๑๘ ซม. พิมพ์ด้วยตัวอักษร TH SarabunIT9 ขนาด ๑๔ point ส่งพร้อมไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น CD หรือ ยูเอสบีแฟลชไดร์ฟ)

/ผู้ที่ได้...

- ๒ -

ผู้ที่ได้รับการเสนอรายชื่อ มีสถานที่ทำงานหรือที่อยู่ซึ่งติดต่อได้ดังนี้

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

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

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

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

 ผู้ได้รับการเสนอรายชื่อ นายกสมาคมหรือประธานมูลนิธิ

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