**แบบ ล.4 – 1**



#### ใบสมัครรับเลือกเป็นกรรมการซึ่งหัวหน้าสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรองโดยมีผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้เป็นผู้ให้การอบรม ตามมาตรา ๑๕ (4) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว...................................................นามสกุล............................................................
อายุ .................. ปี ขอสมัครรับเลือกเป็นกรรมการ ตามมาตรา ๑๕ (4) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถาบัน หรือสถานพยาบาล...............................................................

ซึ่งเป็นสถาบัน 🞏 รัฐ 🞏 เอกชน หรือ

เป็นสถานพยาบาล 🞏 รัฐ 🞏 เอกชน

ที่สภาการแพทย์แผนไทยให้การรับรอง

พร้อมหนังสือฉบับนี้ได้แนบเอกสารหลักฐาน ดังนี้

 🞏หนังสือเสนอรายชื่อและยินยอมให้เสนอรายชื่อผู้มีสิทธิสมัครรับเลือกเป็นกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย แบบ ล.4 – 2

 🞏 แบบประวัติผู้ได้รับการเสนอชื่อเป็นผู้สมัครรับเลือก แบบ ล.4 – 3

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

 🞏 สำเนาหนังสือการเป็นหัวหน้าสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง

 🞏 สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเป็นครูแพทย์แผนไทยที่ยังไม่หมดอายุ

 🞏 สำเนาบัตรสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทยที่ยังไม่หมดอายุ

 🞏 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้

 🞏 สำเนาทะเบียนบ้าน

 🞏 สำเนาคำสั่งหรือหลักฐานการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถาบัน/สถานพยาบาล(ถ้ามี)

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

 🞏 สำเนาหลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว-ชื่อสกุล สำเนาใบอนุญาตเป็น
ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย เป็นต้น

ข้าพเจ้ามีสถานที่ทำงานหรือที่อยู่ซึ่งติดต่อได้ดังนี้

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

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

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

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

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

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

****

**แบบ ล.4 – 2**

**หนังสือเสนอรายชื่อและยินยอมให้เสนอรายชื่อผู้มีสิทธิสมัครรับเลือกเป็นกรรมการ
สภาการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นหัวหน้าสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง
โดยมีผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้เป็นผู้ให้การอบรม
แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 15 (4)**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .........................................................นามสกุล................................................................
ที่อยู่ เลขที่ .................หมู่ที่ ................. ตรอก/ซอย.......................................ถนน....................................................ตำบล/แขวง ................................. อำเภอ/เขต ........................... จังหวัด ......................รหัสไปรษณีย์......................เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้………………………………………………….อีเมล.............................................................................

ตำแหน่ง 🞏 หัวหน้าสถาบัน 🞏 หัวหน้าสถานพยาบาล

 🞏 ภาครัฐ 🞏 ภาคเอกชน

ชื่อสถาบัน/ สถานพยาบาล.........................................................................................................................................
ที่ทำการ เลขที่.................หมู่ที่.................. ตรอก/ซอย......................................ถนน................................................. ตำบล/แขวง .................................อำเภอ/เขต............................. จังหวัด ......................รหัสไปรษณีย์......................

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้………………………………………………….อีเมล............................................................................

มีความประสงค์สมัครรับเลือกเป็นกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 15 (4)

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

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

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



**แบบ ล.4 – 3**

**แบบประวัติผู้ได้รับการเสนอชื่อเป็นผู้สมัครรับเลือกกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย
ซึ่งเป็นหัวหน้าสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรองโดยมีผู้ประกอบวิชาชีพ
การแพทย์แผนไทยซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้เป็นผู้ให้การอบรมตามมาตรา 15 (4)
แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖**

ข้าพเจ้า

(1) 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...........................................................................................................................................

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

(6) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การแพทย์แผนไทย ด้าน ................................................................................................

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

(7) สถานที่ทำงาน........................................................................................................................................................เลขที่ ..............................หมู่ที่ .................... ตรอก/ซอย ................................. ถนน................................................

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

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

(8) พร้อมนี้ได้แนบ

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์
แผนไทย พ.ศ. 2556 ยื่น ณ วันที่ ................................. เดือน .................................. พ.ศ. .....................................

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

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

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

****

**แบบ ล.4 – 4**

**เอกสารแนะนำตัวผู้สมัครรับเลือกเป็นกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย**

#### ตามมาตรา ๑๕ (4) 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. ...........

****

 **หนังสือแสดงความจำนงเข้าร่วมประชุมเพื่อเลือกกรรมการ**

**ตามมาตรา ๑๕ (๔) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖**

ตามที่สภาการแพทย์แผนไทยกำหนดให้มีการเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๔) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งเป็นหัวหน้าสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง
โดยมีผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้เป็นผู้ให้การอบรม เลือกกันเอง
ให้เหลือสามคน นั้น

ข้าพเจ้า .........................................................................นามสกุล..................................................................…

อายุ................ปี ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง(ระบุชื่อตำแหน่ง) ...........................................................................................

(ระบุชื่อสถาบันหรือสถานพยาบาล) ....................…………………………………………………………………………....................
ซึ่งเป็นสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง มีความประสงค์จะเข้าร่วมประชุมเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๔) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

(๑) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

(๒) เป็นผู้ไม่เคยถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาต

(๓) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

พร้อมหนังสือฉบับนี้ได้แนบเอกสารหลักฐานดังนี้

 🞏 สำเนาคำสั่งหรือหลักฐานแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถาบันหรือสถานพยาบาล

 🞏 สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเป็นครูแพทย์แผนไทยที่ยังไม่หมดอายุ

 🞏 สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย หรือสำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

 🞏 สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกซึ่งยังไม่หมดอายุ

 🞏 ข้อมูลแนะนำผู้สมัครรับเลือกซึ่งคณะอนุกรรมการอำนวยการเลือกและการเลือกตั้งกรรมการจะเผยแพร่ในวันประชุมเลือกกรรมการ(กรณีที่มีความประสงค์จะสมัครรับเลือกเป็นกรรมการในวันประชุมกรุณาจัดพิมพ์ข้อมูลในพื้นที่ขนาดกว้าง ๑๓ ซม. สูง ๑๘ ซม. พิมพ์ด้วยตัวอักษรไทยสารบัญ ขนาด ๑๔ point
ส่งพร้อมไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น CD หรือ ยูเอสบีแฟลชไดร์ฟ)

ข้าพเจ้ามีสถานที่ทำงานหรือที่อยู่ซึ่งติดต่อได้ดังนี้

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

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

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

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

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

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