



(สำหรับเจ้าหน้าที่)
เรื่องอุทธรณ์ที่...../๒๕.....
วันที่.....
ผู้รับ.....

แบบหนังสืออุทธรณ์ผลการสอบ
ของผู้สมัครสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา ๑๒ (๒)
แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานอนุกรรมการอำนวยการจัดสอบความรู้วิชาชีพการแพทย์แผนไทยตามมาตรา ๑๒ (๒)

๑. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ..... อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประชาชน เลขประจำตัวสอบ.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ซอย.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรที่ติดต่อได้..... E-mail.....

๒. ข้าพเจ้าขอยื่นคำอุทธรณ์ผลการสอบทาง

- ยื่นด้วยตนเองณ สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย อาคาร ๑ ชั้น ๔ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- ยื่นผ่านในระบบออนไลน์ส่งทาง E-mail
- Thaimed0104@gmail.com ตามมาตรา 12 (2) (ก)
- Thaimed0105@gmail.com ตามมาตรา 12 (2) (ข)
- Thaimed0106@gmail.com ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ข) (ประยุกต์)

๓. ข้าพเจ้าสมัครสอบประเภท

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ก) | <input type="checkbox"/> ภาคทฤษฎี | <input type="checkbox"/> ภาคปฏิบัติ |
| <input type="checkbox"/> ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ข) | <input type="checkbox"/> ชั้นตอน ๑ | <input type="checkbox"/> ชั้นตอน ๒ <input type="checkbox"/> ชั้นตอน ๓ |
| <input type="checkbox"/> ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ข) (ประยุกต์) | <input type="checkbox"/> ชั้นตอน ๑ | <input type="checkbox"/> ชั้นตอน ๒ <input type="checkbox"/> ชั้นตอน ๓ |

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขออุทธรณ์ผลการสอบ ครั้งที่.....เข้าสอบเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ พื้นฐานวิชาชีพฯ
- ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานชั้นเตรียมคลินิก ชั้นคลินิก
- เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย การนวดไทย

โดยขอแสดงข้อเท็จจริงและเหตุผลอันเป็นเหตุในการอุทธรณ์ ตามเอกสารแนบ แบบ อท.1 นี้

/๔. ข้าพเจ้า...

๔. ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมการอุทธรณ์ผลการสอบ (ครั้งละ ๕๐๐ บาท/หน้าละ ๑๐๐ บาท) และสภากาการแพทย์
แผนไทยจะไม่คืนค่าดำเนินการไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

เงินสดชำระกับหน้าที่การเงินสภากาการแพทย์ไทยเลขที่ใบเสร็จ.....

นำเงินฝากเข้าบัญชีสภากาการแพทย์แผนไทย ชื่อบัญชี “สภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย” ประเภทบัญชี ออมทรัพย์
ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี ๑๔๒-๐-๑๗๕๓๘-๖

๕. ข้าพเจ้าขอส่งเอกสารประกอบการอุทธรณ์ผลการสอบ ดังนี้

แบบคำขอสมัครสอบความรู้วิชาชีพการแพทย์แผนไทยฯ

สำเนาบัตรประชาชน

สำเนาเอกสารการชำระค่าธรรมเนียม (กรณีนำฝากเข้าบัญชีสภากาการแพทย์แผนไทย)

เอกสาร แบบ อท.1 จำนวน.....(แผ่น/หน้า)

หากมีข้อสงสัยโทรสอบถามเพิ่มเติมได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒ - ๕๘๐ ๑๑๕๗ - ๘ ต่อ ๑๕ ในวันและเวลาราชการเท่านั้น

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากมีการตรวจสอบแล้วปรากฏว่า
ข้อความดังกล่าวเป็นเท็จให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้ และข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเรียกร้อง
ใด ๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้อุทธรณ์

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ...

๑. การยื่นอุทธรณ์ต้องยื่นภายในเวลาที่กำหนด โดยใช้ถ้อยคำสุภาพ และครบตามองค์ประกอบดังกล่าวไว้ในตอนต้น โดยให้
ระบุเนื้อหาในคำอุทธรณ์ที่ผู้อุทธรณ์จะโต้แย้งให้ตรงประเด็นว่าไม่ชอบด้วยการตรวจสอบคำตอบใด ประเด็นใด และแสดงข้อเท็จจริง
และเหตุผลอันเป็นเหตุในการอุทธรณ์อย่างครบถ้วนและชัดเจน หากมีคำสั่งจากคณะกรรมการอุทธรณ์ให้แก้ไขข้อเท็จจริงผู้อุทธรณ์
จะต้องดำเนินการให้เรียบร้อยภายในเวลาที่กำหนด มิเช่นนั้นคณะกรรมการอุทธรณ์อาจไม่รับคำอุทธรณ์นั้นไว้พิจารณา
๒. ผู้อุทธรณ์สามารถพิมพ์รายละเอียดเพิ่มเติมตามเอกสารแบบแบบ สกพท. อท.1 โดยแนบมาพร้อมกับหนังสืออุทธรณ์
๓. ให้ผู้อุทธรณ์แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ ที่รับรองสำเนาถูกต้องมาพร้อมกับ
หนังสืออุทธรณ์ด้วย

