



แบบฟอร์ม คำขออุทธรณ์

ของผู้สมัครสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ข)

แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖

ขั้นตอนที่ ๓ ครั้งที่ ๑ ประจำปี ๒๕๖๗

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานอนุกรรมการอำนวยการจัดสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ข)

๑. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชน .....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ซอย.....

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

เบอร์โทรที่ติดต่อได้.....E-mail.....

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขออุทธรณ์เป็นผู้มีสิทธิเข้าสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา ๑๒ (๒)

(ข) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ ขั้นตอนที่ ๓ ครั้งที่ ๑ ประจำปี ๒๕๖๗

เวชกรรมไทย  เภสัชกรรมไทย  การผดุงครรภ์ไทย  การนวดไทย

๓. เอกสารประกอบการยื่นคำขออุทธรณ์ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) ดังนี้

แบบคำขอสมัครสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทยฯ

สำเนาบัตรประชาชน (ที่ยังไม่หมดอายุ)

สำเนาหลักฐานการสอบผ่านขั้นตอนที่ ๑ และขั้นตอนที่ ๒ ต้องเป็นผู้สอบผ่านขั้นตอนที่ ๑ (นับตั้งแต่การสอบประจำปี ๒๕๖๓ เป็นต้นไป) ของแต่ละด้านที่สมัครสอบและสำเนาหลักฐานการสอบผ่านขั้นตอนที่ ๒ (นับตั้งแต่การสอบประจำปี ๒๕๖๔ เป็นต้นไป)

เอกสารสำเนาใบปริญญาบัตรหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาหรือสำเนาใบรับรองการสำเร็จการศึกษา

สำเนาหลักฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กรณีเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล เช่น หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว-ชื่อสกุล, ทะเบียนสมรส, หนังสือแต่งงานตั้งยศ เป็นต้น

๔. ให้ผู้อุทธรณ์ยื่นคำขออุทธรณ์เป็นผู้มีสิทธิสมัครสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ข)

ผ่านในระบบออนไลน์ส่งทาง E-mail : Thaimed0105@gmail.com

หากมีข้อสงสัยโทรสอบถามเพิ่มเติมได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒ - ๕๘๐ ๑๑๕๗ - ๘ ต่อ ๑๔ ในวันและเวลาราชการเท่านั้น

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากมีการตรวจสอบแล้วปรากฏว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้ และข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้อุทธรณ์

(.....)

วันที่...../...../.....