



แบบฟอร์ม คำขออุทธรณ์
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.....
เบอร์โทรที่ติดต่ได้..... E-mail.....

๒. ข้าพเจ้าขอยื่นคำอุทธรณ์เป็นผู้มีสิทธิสมัครสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา ๑๒ (๒)
ผ่านในระบบออนไลน์ส่งทาง E-mail

- | | |
|---|--------------------------------|
| ☐ Thaimed0104@gmail.com | ตามมาตรา 12 (2) (ก) |
| ☐ Thaimed0105@gmail.com | ตามมาตรา 12 (2) (ข) |
| ☐ Thaimed0106@gmail.com | ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ข) (ประยุกต์) |

๒. ข้าพเจ้าสมัครสอบประเภท

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| ☐ ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ก) | ☐ ภาคทฤษฎี | ☐ ภาคปฏิบัติ |
| ☐ ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ข) | ☐ ขั้นตอน ๑ - ๒ | ☐ ขั้นตอน ๓ |
| ☐ ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ข) (ประยุกต์) | ☐ ขั้นตอน ๑ - ๒ | ☐ ขั้นตอน ๓ |

๓. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขออุทธรณ์เป็นผู้มีสิทธิเข้าสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย
ตามมาตรา ๑๒ (๒) ครั้งที่.....ประจำปี.....

- | | |
|--|--|
| ☐ กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ | ☐ พื้นฐานวิชาชีพฯ |
| ☐ ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานขั้นเตรียมคลินิก ขั้นคลินิก | |
| ☐ เวชกรรมไทย | ☐ เภสัชกรรมไทย |
| ☐ การผดุงครรภ์ไทย | ☐ การนวดไทย |

โดยขอแสดงข้อเท็จจริงและเหตุผลอันเป็นเหตุในการอุทธรณ์ ตามเอกสารแนบ แบบ อท.1 นี้

/๔. ข้าพเจ้า...

๔. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขออุทธรณ์เป็นผู้มีสิทธิเข้าสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย
ตามมาตรา ๑๒ (๒) ครั้งที่.....ประจำปี..... ดังนี้

☐ แบบคำขอสมัครสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทยฯ (พร้อมรับรองสำเนา)

☐ สำเนาบัตรประชาชน (พร้อมรับรองสำเนา)

☐ เอกสารรับรองคุณวุฒิการศึกษา(พร้อมรับรองสำเนา)

☐ สำเนาหลักฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กรณีเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล เช่น หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว-ชื่อสกุล, ทะเบียน
สมรส, หนังสือแต่งงานตั้งยศ เป็นต้น (พร้อมรับรองสำเนา)

☐ สำเนาสลิปการชำระเงินค่าสมัครสอบ (พร้อมรับรองสำเนา)

☐ เอกสาร แบบ อท.1 จำนวน.....(แผ่น/หน้า)

หากมีข้อสงสัยโทรสอบถามเพิ่มเติมได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒ - ๕๘๐ ๑๑๕๗ - ๘ ต่อ ๑๔ ในวันและเวลาราชการเท่านั้น

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากมีการตรวจสอบแล้วปรากฏว่า
ข้อความดังกล่าวเป็นเท็จให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้ และข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิ
เรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้อุทธรณ์

(.....)

วันที่...../...../.....