


ขั้นตอนการดำเนินการขอรับหนังสือสำคัญและบัตรประจำตัวสมาชิก

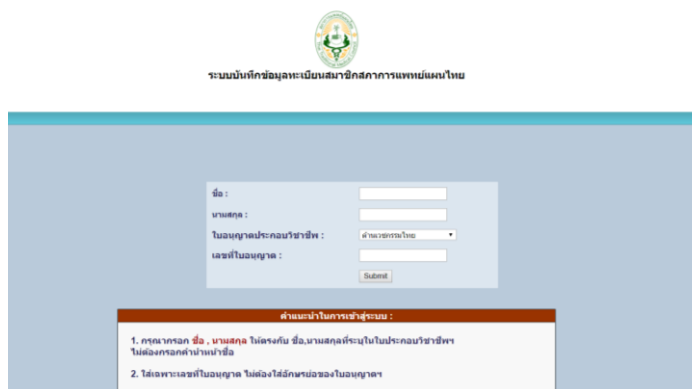
1. เข้าสู่เว็บไซต์ http://thaimedcme.com/memberdatabase/database_thaimedcme/certify/ หรือ <http://www.thaimed.or.th/home/index.php> ที่เมนู 

1.1. กรอกชื่อ – นามสกุล

(ชื่อ-นามสกุล ที่ระบุตามใบประกอบวิชาชีพฯ ไม่ต้องใส่คำนำหน้าชื่อ, เลขที่ใบอนุญาตใส่เฉพาะด้าน ไม่ต้องอักษรย่อ)

1.2. เลือกประเภทใบอนุญาต ด้านใดด้านหนึ่ง และกรอกเลขที่ใบอนุญาตด้านนั้น (ในกรณีมีมากกว่า 1 ใบ)

1.3. กดปุ่ม “submit”



ระบบบันทึกข้อมูลทะเบียนสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย

ชื่อ:
นามสกุล:
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ: คำขอกรอกใบ
เลขที่ใบอนุญาต:

Submit

คำแนะนำในการกรอกข้อมูล :

- กรอกกรอก ชื่อ , นามสกุล ให้ตรงกับ ชื่อ,นามสกุลที่ระบุในใบประกอบวิชาชีพฯ ไม่ใส่กรอกคำนำหน้าชื่อ
- ใส่เฉพาะเลขที่ใบอนุญาต ใบใดใบหนึ่งที่ท่านขอรับใบอนุญาต

2. กรอกข้อมูลตามรายละเอียด ให้ครบทุกช่อง

โปรดกรอกข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง และแบบเอกสารตามที่ระบุ เอกสารที่แนบต้องเซ็นชื่อรับรองด้วยทุกฉบับ*

คำนำหน้าชื่อ นาย นางสาว นาง อื่น ๆ *

ชื่อ ชนกษ

นามสกุล เขาวนั้ระหงส์

ชื่ออังกฤษ *

นามสกุลอังกฤษ *

ชื่อใหม่

นามสกุลใหม่

วันเดือนปีเกิด -- เลือกวันที่ -- * เดือน -- เลือกเดือน -- * พ.ศ. 543 *

เพศ ชาย หญิง *

สัญชาติ *

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน *

ที่อยู่ตามภูมิลำเนา *

เลขที่ ซอย ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ข้อมูลถูกต้อง แก้ไขข้อมูล

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้*

ใช้ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามภูมิลำเนา ใช้ที่อยู่อื่น

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร*

ใช้ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามภูมิลำเนา ใช้ที่อยู่อื่น

โทรศัพท์มือถือ *

E-mail *

ประวัติการขึ้นทะเบียนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ

๑. ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพด้านเวชกรรมไทย

ไม่มีใบอนุญาต

ข้อมูลถูกต้อง แก้ไขข้อมูล

ในกรณีที่มี “ไม่มีข้อมูลหรือขอแก้ไขข้อมูล” ให้ผู้ขอรับกรอกข้อมูลดังกล่าวให้ครบถ้วนและกดปุ่ม “บันทึกข้อมูล”

๑. ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพด้านเวชกรรมไทย

วันเดือนปีที่ขอขึ้นทะเบียน

ข้อมูลถูกต้อง แก้ไขข้อมูล

วันเดือนปีที่ออกใบอนุญาต เลขที่ใบอนุญาต

๒. ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพด้านเภสัชกรรมไทย

ไม่มีใบอนุญาต

ข้อมูลถูกต้อง แก้ไขข้อมูล

3. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แล้วกดปุ่ม “ส่งข้อมูล”

ดูข้อมูล	
คำนำหน้าชื่อ	นาย
ชื่อ	ศุภกิตต์
นามสกุล	วิศุภกาญจน์
วันเดือนปีเกิด	<input type="text"/>
เพศ	หญิง
สัญชาติ	ไทย
เลขบัตรประชาชน	<input type="text"/>
ที่อยู่ตามภูมิลำเนา	<input type="text"/>
บ้านเลขที่	<input type="text"/>
ซอย	-
ถนน	ดลิ่งชัน-สุพรรณบุรี
ตำบล	บางบัวทอง
อำเภอ	บางบัวทอง
จังหวัด	นนทบุรี
รหัสไปรษณีย์	11110
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	14/59
จำนวนเลขที่	

4. กรอกคำขอหนังสือสำคัญการขึ้นสมาชิกและบัตรสมาชิกฯ กดปุ่ม “พิมพ์ใบคำขอ”

แบบ สทพ.๐๔.๐๔

เลขรับที่ _____ วันที่ _____
ลงชื่อ _____ ผู้รับคำขอ

สภาการแพทย์แผนไทย
คำขอรับหนังสือสำคัญแสดงการเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทยและบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย
สำหรับผู้นับสมาชิกตามมาตรา ๕๔ แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖

เรียนที่ _____
วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____ อายุ _____ ปี เป็นผู้ใช้ใบอนุญาต

๑. ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) _____

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (ใบตรงรุ่นด้าน)

ด้านเวชกรรมไทย ใบอนุญาตเลขที่ _____ ออกให้ ณ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ด้านเภสัชกรรมไทย ใบอนุญาตเลขที่ _____ ออกให้ ณ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ด้านการนวดไทย ใบอนุญาตเลขที่ _____ ออกให้ ณ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย ใบอนุญาตเลขที่ _____ ออกให้ ณ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

๒. ใบอนุญาตนี้ผู้นับประกอบวิชาชีพสภาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยขอขึ้นทะเบียนให้ตนแก่ที่ขึ้นทะเบียนที่สำนักงานรัฐมนตรีตามตรา ๕๓(๑) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๕๖

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ใบอนุญาตเลขที่ _____ ออกให้ ณ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ที่อยู่ตามภูมิลำเนา อยู่เลขที่ _____ ซอย _____ ถนน _____ หมู่ที่ _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ อยู่เลขที่ _____ ซอย _____ ถนน _____ หมู่ที่ _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ดังต่อไปนี้ (ทำเครื่องหมายถูก ✓ ในช่อง หรือ)

(๑) ขอแก้ไขข้อมูลในทะเบียนสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย

ชื่อตัว ชื่อสกุล ยศ การเพิ่มอาชีพ ที่อยู่ ที่ติดต่อ

(๒) ขอให้ออกใบอนุญาตให้ใหม่ เนื่องจากขอแก้ไข

ชื่อตัว ชื่อสกุล ยศ การเพิ่มอาชีพ

(๓) ขอรับหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย

(๔) ขอรับบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย

๓. พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ โดยรับรองสำเนาถูกต้อง ดังนี้ (ใส่เครื่องหมาย ✓ ที่หน้าเอกสารหลักฐานที่แนบ)

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือสำเนาบัตรพนักงานของรัฐ หรือหนังสือเดินทาง หรือเอกสารต่างด้าว (พร้อมรับรองสำเนา)

สำเนาทะเบียนบ้าน หรือหลักฐานแสดงถิ่นที่อยู่ (พร้อมรับรองสำเนา)

สำเนาใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย / ใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (พร้อมรับรองสำเนา)

ภาพถ่าย ๒ นิ้ว ทัดทรง ครีส์ตัว ทาบคิ้ว ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวก ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน ๒ ภาพ (ไม่เป็นภาพใกล้ตาชัด) (พร้อมรับรองสำเนา)

สำเนาทะเบียนเสียสำคัญการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ยศ คำนำหน้านาม และอื่นๆ (ระบุ) _____ (พร้อมรับรองสำเนา)


ลายมือชื่อ _____ ผู้ยื่นคำขอ
(_____)

5. กรณีที่มีการเปลี่ยนข้อมูลในใบอนุญาตฯเดิม ระบบจะขึ้นคำสั่งให้พิมพ์ใบชำระเงิน โดยให้สั่งพิมพ์ใบชำระเงิน โดยกดปุ่ม “พิมพ์ใบชำระเงิน”



5.1 ระบบจะขึ้นใบแจ้งการชำระเงิน ให้นำไปชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทย ตามวันเวลาทำการ


สำหรับนำไปชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขา

 **ใบแจ้งการชำระเงินในระบบ Teller Payment**
สภาการแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medical Council)
COMPANY CODE 92702
 วันที่ สาขา

COMPANY CODE 92702
Customer Name นางสาว สติชญาณ์ บัณฑิต
Ref No1.(เลขที่จ่ายเงิน) 6000000586
Ref No2.(เลขประจำตัวประชาชน) [REDACTED]

รายการ	รวม
ใบประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทยประยุกต์	200
ค่าดำเนินการยื่นคำร้องทางอินเทอร์เน็ต	15
รวมทั้งหมด	215
	สองร้อยสิบห้าบาทถ้วน

**** ธนาคารจะเรียกเก็บค่าธรรมเนียมรายการละ 25.- บาท เท่านี้**



0994000963602 23 6000000586 1840100428984 215 00

หมายเหตุ โปรดนำแบบฟอร์มการชำระเงินฉบับนี้ พร้อมเงินสดไปยื่นชำระเงินที่เคาน์เตอร์ บมจ.ธนาคารกรุงไทย ได้ทุกสาขาทั่วประเทศ ภายในวันเวลาทำการของธนาคาร

คำเตือนสำหรับผู้สมัคร
 ใบสมัครใส่ชื่อ-นามสกุล เป็นภาษาไทย Ref No. และรับชำระเงินของผู้สมัครให้ถูกต้องทุกรายการด้วย
Ref No1.(เลขที่จ่ายเงิน) 6000000586
Ref No2.(เลขประจำตัวประชาชน) [REDACTED]

6. ให้ส่งเอกสารประกอบการขอหนังสือสำคัญและบัตรสมาชิกฯ ที่กำหนดดังต่อไปนี้ที่เลขานุการสภาการแพทย์แผนไทยตามที่อยู่ด้านล่าง หลักฐานประกอบมีดังนี้

- 6.1. ใบคำขอรับหนังสือสำคัญและบัตรสมาชิกสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทยฯ ซึ่งผู้สมัครได้ลงชื่อและวันที่แล้ว
- 6.2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือสำเนาบัตรพนักงานของรัฐ หรือหนังสือเดินทาง หรือเอกสารคนต่างด้าว(พร้อมรับรองสำเนา)
- 6.3. สำเนาทะเบียนบ้าน หรือหลักฐานแสดงถิ่นที่อยู่ (พร้อมรับรองสำเนา)
- 6.4. สำเนาใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย / ใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (พร้อมรับรองสำเนา)
- 6.5. ภาพถ่าย 1 นิ้ว หน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวก ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน 2 ภาพ (ไม่เป็นภาพโพลาลอยด์) (พร้อมรับรองสำเนา)
- 6.6. (กรณีเปลี่ยนข้อมูลในใบอนุญาตฯ) สำเนาหนังสือสำคัญการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ยศ คำนามหน้านาม และอื่นๆ (พร้อมรับรองสำเนา)

(ขอหนังสือสำคัญและบัตรสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทยฯ)

ถึง

เลขานุการสภาการแพทย์แผนไทย

สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย อาคาร 1 ชั้น 4

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์

ตำบลตลาดขวัญเมือง อำเภอเมือง

นนทบุรี 11000