



สภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต.ตลาดขวัญ
อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร 02-591-9186

(แบบ สรช.16)

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

แบบคำขอสมัครสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

เลขที่ใบเสร็จรับเงิน.....

วันที่ออกใบเสร็จ.....

ลำดับที่.....

รหัสประจำตัวสอบ

1. ข้อมูลประวัติส่วนตัว

1.1 ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....

ภาษาอังกฤษ (Mr./Mrs./Ms.).....

1.2 วัน/เดือน/ปีเกิด วันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ.....ปีเดือน

เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....ศาสนา.....

1.3 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ----

วันที่ออกบัตร..... วันที่หมดอายุ.....

1.4 เลขสมาชิก วันที่ออกบัตร..... วันที่หมดอายุ.....

1.5 ปัจจุบัน ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข หรือที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานชื่อ.....

ตำแหน่ง..... ระยะเวลาการปฏิบัติงาน.....โทรศัพท์.....

ปฏิบัติงานอื่นที่มีได้เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุขในหน่วยงานชื่อ.....

ตำแหน่ง..... ระยะเวลาการปฏิบัติงาน.....โทรศัพท์.....

ไม่ได้ปฏิบัติงานหรือเพิ่งสำเร็จการศึกษา

2. สถานที่ติดต่อ

เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... อาคาร.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

E-mail: ID Line

3. วุฒิการศึกษา

วุฒิการศึกษา..... สาขา.....

วัน/เดือน/ปีที่สำเร็จการศึกษา.....ชื่อสถานศึกษา.....

4.ข้าพเจ้า

ในการนี้ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะสมัครสอบความรู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสภาการสาธารณสุขชุมชน ในการสอบวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... โดยขอสมัครสอบ จำนวน 5 กลุ่มวิชา คือ

- ๑ กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ อนามัยชุมชน
- ๒ กลุ่มป้องกันโรค ควบคุมโรค ระบาดวิทยา สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข
- ๓ กลุ่มตรวจประเมิน บำบัดโรคเบื้องต้น ดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งต่อ
- ๔ กลุ่มอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม
- ๕ กลุ่มบริหารสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข

5.หลักฐานการสมัครสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

- สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน 1 ฉบับ
- สำเนาใบแสดงผลการศึกษาาระดับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาทางการสาธารณสุข 1 ฉบับ
- ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาคำ ไม่สวมหมวก ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
- หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)

6.การค่าธรรมเนียมการสมัคร

- ค่าสอบค่าธรรมเนียมการสมัครสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต ครั้งละ 2,000 บาท
- นำฝากเงินเข้าบัญชีสภาการสาธารณสุขชุมชน ชื่อบัญชี “.....” ประเภทบัญชี.....

ธนาคาร	สาขา	เลขที่บัญชี	วัน/เดือน/ปี	จำนวนเงิน
				2,000

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามที่กำหนดในมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ.2556 และข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ นอกจากนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการพิจารณาสมัครสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ของสภาการสาธารณสุขชุมชนขอเอกสารและหลักฐานการสมัครสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเพิ่มเติมจากข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่.....

(เอกสารการสมัครสอบ)

ชื่อที่อยู่ผู้ส่ง

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

ชื่อที่อยู่ผู้รับ

โทรศัพท์ 02-591-9186

สภาการสาธารณสุขชุมชน

เลขที่ 88/20 อาคาร 5 ชั้น 5

ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี

รหัสไปรษณีย์ 11000