

การสอบเพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์
สภาการแพทย์แผนไทย
ครั้งที่ ๑ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๖

๑. ประกาศคณะกรรมการการทดสอบแพทย์แผนไทยประยุกต์สภาการแพทย์แผนไทยเรื่อง การรับ
สมัครและการสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย
ประยุกต์ครั้งที่ ๑ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๖
๒. แบบ ทป.๑ คำร้องขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์
๓. แบบ ทป.๗ คำร้องขอสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์
แผนไทยประยุกต์
๔. หนังสือรับรองการตรวจสอบสุขภาพเพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์
แผนไทยประยุกต์

ประกาศคณะกรรมการการจัดสอบแพทย์แผนไทยประยุกต์
สภาการแพทย์แผนไทย
เรื่อง การรับสมัครและการสอบความรู้
ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์
ครั้งที่ ๑ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๖

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๙ (๑) และมาตรา ๑๒ (๒) (ข) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ.๒๕๕๖ คณะกรรมการการจัดสอบแพทย์แผนไทยประยุกต์ สภาการแพทย์แผนไทย จึงได้ประกาศกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการรับสมัครและการสอบความรู้สำหรับบุคคลเพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ดังนี้

ข้อ ๑ คุณสมบัติของผู้สมัครสอบ ผู้สมัครสอบจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

- ๑.๑ มีอายุไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์ (นับถึงวันสมัครสอบ)
- ๑.๒ ผู้สมัครสอบจะต้องมีความรู้ในวิชาชีพสำหรับการสอบในแต่ละขั้นตอนดังต่อไปนี้
 - ขั้นตอนที่ ๑** เป็นผู้ที่ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์หรือเป็นผู้มีหนังสือรับรองว่าสอบผ่านรายวิชาทางวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน ส่วนปริคlinik คลินิก และกฎหมายจากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง
 - ขั้นตอนที่ ๒** เป็นผู้ที่ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์จากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง
 - ขั้นตอนที่ ๓** เป็นผู้ที่ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์จากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง และสอบผ่านขั้นตอนที่ ๑ และ ๒ แล้ว
- ๑.๓ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหาย ซึ่งสภาการแพทย์แผนไทยเห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- ๑.๔ ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่สภาการแพทย์แผนไทยเห็นว่าอาจจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- ๑.๕ ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
- ๑.๖ เป็นโรคที่สภาการแพทย์แผนไทยเห็นว่าไม่สมควรให้ประกอบวิชาชีพดังนี้
 - ๑.๖.๑ โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจต่อสังคม
 - ๑.๖.๒ วัณโรคในระยะอันตราย
 - ๑.๖.๓ โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจต่อสังคม
 - ๑.๖.๔ โรคพิษสุราเรื้อรัง
 - ๑.๖.๕ โรคอื่นที่สภาการแพทย์แผนไทยพิจารณาเห็นว่าจะเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์
- ๑.๗ ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

ข้อ ๒ หลักฐานประกอบการรับสมัคร

- ๒.๑ ใบคำร้องขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนและลงลายมือชื่อผู้ขอขึ้นทะเบียนฯ จำนวน ๑ ชุด (แบบ ทป.๑ สำหรับผู้ที่ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์แล้ว และแบบ ทป.๗ สำหรับผู้มีหนังสือรับรองว่าสอบผ่านรายวิชาทางวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานส่วนปรีคลินิกคลินิก และกฎหมายเพื่อสอบเฉพาะชั้นตอนที่ ๑)
- ๒.๒ รูปถ่ายหน้าตรง ท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาฯ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๕ ภาพ (ไม่ใช่ภาพถ่ายชนิดโพลาลอยด์) พร้อมระบุชื่อ-นามสกุลไว้ด้านหลังรูปถ่าย
- ๒.๓ สำเนาภาพถ่ายทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ (ต้องรับรองสำเนาด้วย)
- ๒.๔ สำเนาภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ (ต้องรับรองสำเนาด้วย)
- ๒.๕ หนังสือรับรองจากสถาบันการศึกษาว่าสอบผ่านรายวิชาทางวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานทางปรีคลินิกและคลินิกแล้ว (สำหรับผู้สมัครที่มีสิทธิ์สอบเฉพาะชั้นตอนที่ ๑)
- ๒.๖ หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพเพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ (ตามแบบที่กำหนด) (สำหรับผู้สมัครที่มีสิทธิ์สอบชั้นตอนที่ ๒ และ ๓)
- ๒.๗ สำเนาภาพถ่ายใบปริญญาบัตรหรือประกาศนียบัตรสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์หรือหนังสือรับรองการสำเร็จการศึกษา ที่สภามหาวิทยาลัยรับรองฉบับจริง จำนวน ๑ ฉบับ (สำหรับผู้สมัครที่มีสิทธิ์สอบชั้นตอนที่ ๒ และ ๓)
- ๒.๘ สำเนาหลักฐานอื่น ๆ ที่คณะกรรมการการแพทย์แผนไทยประยุกต์เห็นว่าจำเป็น เช่น ใบรายงานผลการศึกษา หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ทะเบียนสมรส หนังสือแต่งตั้งยศ เป็นต้น
- ๒.๙ เงินค่าธรรมเนียมการสอบ จำนวน ๕๒๐ บาท ทั้งนี้เมื่อชำระเงินแล้วจะไม่มีคืนเงินค่าธรรมเนียมให้ ไม่ว่ากรณีใด ๆ
- ๒.๑๐ ให้แนบซองจดหมายยาวติดแสตมป์ ๕ บาท และ ๒๐ บาท อย่างละ ๑ ซอง พร้อมจำหน่ายซองตามที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ถึงตนเอง และกรอกใบตอบรับในประเทศ (ป.๑๓๓ ก. ของไปรษณีย์ไทย) จำนวน ๑ ใบ

ข้อ ๓ การรับสมัครสอบ

- ๓.๑ วันที่รับสมัครสอบ วันจันทร์ที่ ๒๒ เมษายน - วันศุกร์ที่ ๑๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ในวันและเวลาราชการ (๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น.)
- ๓.๒ สถานที่รับสมัคร ผู้สมัครต้องยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนฯ ด้วยตนเอง ณ
สำนักงานประธานอนุกรรมการการทดสอบการแพทย์แผนไทยประยุกต์
สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ตึกอดุลยเดชวิกรม ชั้น ๑๓
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ถนนพราณนิก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
หากมีข้อสงสัยโปรดติดต่อสอบถามได้ที่ โทร. ๐ ๒๕๑๙ ๘๘๒๔ ถึง ๕
หรือ โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๑๙๙๗ ต่อ ๓๐๔
- ๓.๓ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบและเลขที่นั่งสอบ ตั้งแต่วันอังคารที่ ๑๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ เป็นต้นไป ณ

สำนักงานประธานอนุกรรมการการทดสอบการแพทย์แผนไทยประยุกต์
สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ตึกออดุลยเดชวิกรม ชั้น ๑๓
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ถนนพราณนิก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
และที่เว็บไซต์ www.si.mahidol.ac.th/education และ www.mrd.go.th
(ไม่แจ้งทางโทรศัพท์และไม่แจ้งเป็นรายบุคคล)

ข้อ ๔ การสอบ

๔.๑ ลักษณะการสอบ

ขั้นตอนที่ ๑ เป็นการสอบความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานส่วนปริคลินิก คลินิก และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยประยุกต์
ขั้นตอนที่ ๒ เป็นการสอบความรู้ทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์
ขั้นตอนที่ ๓ เป็นการสอบเพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และเหตุการณ์ในเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย หัตถเวชกรรมไทย ผดุงครรภ์

๔.๒ การเก็บผลการสอบ

การเก็บผลการสอบของผู้ที่สอบผ่านในแต่ละขั้นตอน ให้ถือปฏิบัติตามเงื่อนไขดังนี้

- (๑) ผู้สอบผ่านขั้นตอนที่ ๑ สามารถเก็บผลการสอบไว้ได้ ๕ ปี นับแต่ปีที่สอบผ่านในขั้นตอนที่ ๑
- (๒) ผู้สอบผ่านขั้นตอนที่ ๒ สามารถเก็บผลการสอบไว้ได้ ๔ ปี นับแต่ปีที่สอบผ่านในขั้นตอนที่ ๒

การนับระยะเวลา ให้นับต่อเนื่องกันตั้งแต่ปีที่ผู้สอบผ่านในขั้นตอนนั้น จนกว่าจะครบตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งหากผลการสอบขั้นตอนใดครบตามกำหนดระยะเวลาดังกล่าวแล้ว แต่ผู้สมัครสอบยังไม่สามารถสอบผ่านขั้นตอนที่ ๓ ได้ ถ้าผู้นั้นมีความประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์จะต้องกลับไปสมัครสอบในขั้นตอนนั้น ๆ ใหม่

๔.๓ กำหนดการสอบและสถานที่สอบ

ขั้นตอนที่ ๑ วันเสาร์ที่ ๑๘ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๖ เวลา ๐๘:๐๐ - ๑๗:๐๐ น.
ณ ตึกออดุลยเดชวิกรม ชั้น ๓ และ ๔ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ถนนพราณนิก เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนที่ ๒ วันอาทิตย์ที่ ๑๙ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๖ เวลา ๐๘:๐๐ - ๑๗:๐๐ น.
ณ ตึกออดุลยเดชวิกรม ชั้น ๓ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ถนนพราณนิก เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนที่ ๓ วันเสาร์ที่ ๒๕ และ วันอาทิตย์ที่ ๒๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ เวลา ๐๘:๐๐ - ๑๗:๐๐ น.
ณ ตึกออดุลยเดชวิกรม ชั้น ๔ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ถนนพราณนิก เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

๔.๔ เอกสารและหลักฐานที่ต้องนำมาในวันสอบ

ผู้เข้าสอบต้องมีหลักฐานเกี่ยวกับการยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ และหลักฐานต่อไปนี้มาแสดงตนเพื่อเข้าสอบ

๔.๔.๑ บัตรประจำตัวประชาชน

๔.๔.๒ ใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมการสอบ

หากลืมใบเสร็จรับเงินหรือหาย ไม่สามารถนำมาแสดงในวันสอบ จะไม่อนุญาตให้เข้าห้องสอบ เว้นแต่ประธานคณะกรรมการดำเนินงานดำเนินการสอบจะพิจารณาเห็นควรอนุญาต หากใบเสร็จรับเงินหายต้องเขียนคำร้องขอสอบยื่นต่อประธานคณะกรรมการดำเนินงานดำเนินการสอบ หากภายหลังปรากฏว่าผู้เข้าสอบแจ้งเท็จอาจถูกดำเนินคดีอาญาได้

๔.๕ **ห้าม** ผู้เข้าสอบนำสิ่งของทุกชนิดเข้าห้องสอบ **ยกเว้น** หลักฐานตามข้อ ๔.๔.๑ และข้อ ๔.๔.๒ เท่านั้น **ทั้งนี้คณะกรรมการดำเนินการสอบได้จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องเขียนที่ใช้ทำข้อสอบไว้ให้ผู้เข้าสอบทุกท่านแล้ว**

ข้อ ๕ การประกาศผลสอบ

ประกาศผลสอบประมาณกลางเดือนมิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๖ ณ

สำนักงานประธานอนุกรรมการการจัดสอบแพทย์แผนไทยประยุกต์

สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ตึกอดุลยเดชวิกรม ชั้น ๑๓

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ถนนพราณนิก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐

และที่เว็บไซต์ www.si.mahidol.ac.th/education และ www.mrd.go.th

(ไม่แจ้งผลทางโทรศัพท์)

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๖



(นายทวิ เลหาพันธ์)

ประธานอนุกรรมการการจัดสอบแพทย์แผนไทยประยุกต์

คำร้องขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... สัญชาติ..... เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เลขหนังสือเดินทางของบุคคลต่างด้าว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อยู่เลขที่..... ซอย..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ อยู่เลขที่..... ซอย..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์.....
๒. มีความรู้ในวิชาชีพโดยได้รับการศึกษาและได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์จาก เมื่อ พ.ศ.
๓. เคยได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ สาขา.....
ประเภท..... จากประเทศ..... เมื่อ พ.ศ.....
๔. ประสงค์ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์
๕. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้
- ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งสร้างความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
 - ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
 - ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
๖. ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือสำเนาบัตรพนักงานของรัฐ กรณีเป็นคนต่างด้าวต้องมีหนังสือเดินทางหรือเอกสารคนต่างด้าว
 - สำเนาทะเบียนบ้าน หรือหลักฐานแสดงถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยกรณีเป็นคนต่างด้าว
 - สำเนาใบรายงานผลการศึกษา หรือ สำเนาใบปริญญาบัตรหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา
 - หนังสือแสดงผลการสอบผ่านความรู้จากคณะกรรมการวิชาชีพ (ถ้ามี)
 - หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
 - ภาพถ่ายขนาด ๑ นิ้ว แต่งกายสุภาพ หน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๕ ภาพ (ต้องไม่เป็นภาพถ่ายโพลาลอยด์)
 - สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพจากต่างประเทศสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศซึ่งมีได้มีสัญชาติไทย
 - หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี).....

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ภาพถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

สภาการแพทย์แผนไทย ได้ออกใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์
เมื่อวันที่เดือน.....พ.ศ..... ทะเบียนใบอนุญาตเลขที่.....
ผู้ลงนามในใบอนุญาต

.....
(.....)
เลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย

.....
(.....)
นายกสภาการแพทย์แผนไทย

คำร้องขอสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์



เขียนที่.....
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
สัญชาติ..... เลขประจำตัวประชาชน

หรือ เลขหนังสือเดินทางของบุคคลต่างด้าว
อยู่เลขที่.....หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ E-mail

๒. ข้าพเจ้ามีความรู้ในวิชาชีพโดยได้รับการศึกษาจาก (ชื่อสถาบันการศึกษา)
 (๑) ได้รับปริญญาตรี เมื่อ พ.ศ.
 (๒) ได้รับประกาศนียบัตร เมื่อ พ.ศ.
 (๓) สอบผ่านรายวิชาทางวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานปริคลินิกและคลินิก เมื่อ พ.ศ.

๓. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (เลือกขั้นตอนที่ขอสอบ)
 ขั้นตอนที่ ๑
 ขั้นตอนที่ ๒ ต้องมีคุณสมบัติข้อ ๒ (๑) หรือ ข้อ ๒ (๒)
 ขั้นตอนที่ ๓ ต้องมีคุณสมบัติข้อ ๒ (๑) หรือ ข้อ ๒ (๒) และจะมีสิทธิ์เข้าสอบเมื่อสอบผ่านขั้นตอนที่ ๑ และ ๒

- (๑) ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้
 ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งสร้างความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
 ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
 ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
- (๒) ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณาดังต่อไปนี้
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือสำเนาทะเบียนบ้านของราษฎร กรณีเป็นคนต่างด้าวต้องมีหนังสือเดินทางหรือเอกสารคนต่างด้าว
 สำเนาใบปริญญาบัตร หรือสำเนาใบประกาศนียบัตร (กรณีสำเร็จการศึกษา) หรือหนังสือรับรองจากสถาบันการศึกษาว่า สอบผ่านรายวิชาทางวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานปริคลินิกและคลินิกแล้ว
 ภาพถ่ายขนาด ๑ นิ้ว แต่งกายสุภาพ หน้าตรง ครี้งตัว ท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาฯ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๕ ภาพ (ต้องไม่เป็นภาพถ่ายโพลาลอยด์)
 หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)

ลายมือชื่อ ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ
เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือนพ.ศ.

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
ได้ทำการตรวจร่างกาย(นาย/นาง/นางสาว)
เมื่อวันที่เดือน.....พ.ศ.แล้ว

ส่วนที่ 1

นาย/นาง/นางสาว.....ปราศจากโรค ดังต่อไปนี้

- (๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (๒) วัณโรคในระยะอันตราย
- (๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
- (๔) โรคพิษสุราเรื้อรัง

ส่วนที่ 2

กรณีแพทย์ตรวจพบโรคอื่นๆซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพ(โปรดระบุ)

.....
.....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ