ประกาศสภาการแพทย์แผนไทย

เรื่อง กำหนดแบบคำขอและแบบใบอนุญาตตามข้อบังคับสภาสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยแบบและประเภทใบอนุญาต หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาต และการออกใบแทนใบอนุญาต

พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแบบคำขอและแบบใบอนุญาตตามข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยแบบและประเภทใบอนุญาต หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาต และการออกใบแทนใบอนุญาต พ.ศ. ๒๕๖๒

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๙ แห่งข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยแบบและประเภทใบอนุญาต หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาต และการออกใบแทนใบอนุญาต พ.ศ. ๒๕๖๒ สภาการแพทย์แผนไทย จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสภาการแพทย์แผนไทย เรื่อง กำหนดแบบคำขอและแบบใบอนุญาตตามข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยแบบและประเภทใบอนุญาต หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาต และการออกใบแทนใบอนุญาต พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับนับแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ แบบคำขอ และแบบใบอนุญาตให้เป็นไปตามแบบแนบท้ายประกาศนี้

(๑) คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

(๒) ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

(๓) ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

(๔) หนังสือรับรองการแปลใบอนุญาตฉบับภาษาอังกฤษ

(๕) คำขอดำเนินการด้านทะเบียนสมาชิก บัตรสมาชิก และใบอนุญาต

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒
จิตรณิญาณ์ ฐิติปัญญรัตน์
อุปนายกสภาการแพทย์แผนไทยคนที่หนึ่ง
ปฏิบัติหน้าที่แทนนายกสภาการแพทย์แผนไทย

เลขที่รับ ..... วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง

ตราสภาการแพทย์แผนไทย

สภาการแพทย์แผนไทย

คำขอดำเนินการด้านทะเบียนสมาชิก บัตรสมาชิก และใบอนุญาต

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ..... อายุ ..... ปี เป็นผู้ได้รับใบอนุญาต

☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (ระบุด้าน)

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

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

◯ ด้านการผดุงครรภ์ไทย ใบอนุญาตเลขที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

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

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

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยซึ่งมอบให้กับแพทย์พื้นบ้านที่ได้รับการประเมินตามมาตรา ๓๓ (๑) (ค) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒

☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ใบอนุญาตเลขที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... อยู่เลขที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล / แขวง ..... อำเภอ / เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้สภาการแพทย์แผนไทยดำเนินการด้านทะเบียนสมาชิกและใบอนุญาตให้ข้าพเจ้า ดังต่อไปนี้

(๑) ขอหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย / การแพทย์แผนไทยประยุกต์

จำนวน ..... ฉบับเพื่อ ◯ ศึกษาต่อ ◯ ปฏิบัติงาน ◯ อื่นๆ (ระบุ) .....

(๒) ขอใบแทนหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิก / ใบแทนใบอนุญาต เนื่องจาก

◯ ชำรุด ◯ สูญหาย เมื่อวันที่ .....

(๓) ขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

◯ อังกฤษ ◯ อื่นๆ (ระบุ) .....

(๔) ขอแปลใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย เป็นภาษา (ระบุ)

◯ อังกฤษ ◯ จีน ◯ ญี่ปุ่น ◯ อื่นๆ (ระบุ) .....

(๕) ขอเปลี่ยนข้อมูลในทะเบียนสมาชิกและหรือในใบอนุญาต ดังนี้ (ระบุ)

◯ ชื่อตัว – ชื่อสกุล ◯ ชื่อสกุล ◯ ที่อยู่ ที่ติดต่อ ◯ ยศ ◯ การเพิ่มอภิไธย

(๖) ขอทำบัตรสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย เนื่องจาก

◯ ทำบัตรใหม่ ◯ บัตรเดิมหมดอายุ ◯ ชำรุด ◯ สูญหาย เมื่อวันที่ .....

๓. พร้อมกับคำร้องนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยคือ (ใส่เครื่องหมาย √ ที่หน้าเอกสารหลักฐานที่ท่านแนบ)		เอกสารหลักฐานที่แนบเพื่อดำเนินการตามข้อ				
	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือสำเนาบัตรพนักงานของรัฐ หรือหนังสือเดินทาง หรือเอกสารคนต่างด้าว (พร้อมรับรองสำเนา)					
	สำเนาทะเบียนบ้าน หรือหลักฐานแสดงถิ่นที่อยู่ (พร้อมรับรองสำเนา)					
	สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต					
	ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์					
	สำเนาหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิก/สำเนาใบอนุญาตที่ถูกทำลายหรือหนังสือแจ้งความต่อพนักงานสอบสวนกรณีสูญหาย					

ลายมือชื่อ ..... ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

เลขรับที่.....วันที่.....
ลงชื่อ..... (ผู้รับคำร้อง)

ภาพถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

ตราสภาการแพทย์แผนไทย
สภาการแพทย์แผนไทย
คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

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.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้อยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

๒. ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย
สมาชิกเลขที่.....เป็นสมาชิกตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (ระบุด้าน)
○ ด้านเวชกรรมไทย ○ ด้านเภสัชกรรมไทย ○ ด้านผดุงครรภ์ไทย ○ ด้านการนวดไทย ○ ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย

☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

๔. ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณาดังต่อไปนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือสำเนาบัตรพนักงานของรัฐ หรือหนังสือเดินทาง หรือเอกสารประจำตัวคนต่างด้าว

☐ ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ แต่งกายชุดข้าราชการหรือชุดสุภาพ ไม่สวมหมวกไม่ใส่แว่นดำ เว้นแต่ผู้พิการทางสายตา ซึ่งถ่ายไว้ ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ภาพ

☐ เอกสารอื่น ๆ ถ้ามี เช่น หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว หรือชื่อสกุลหรือการเปลี่ยนยศ หรือตำแหน่ง เป็นต้น

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

สภาการแพทย์แผนไทย ได้ออกใบอนุญาตให้เป็น

☐ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (ระบุด้าน)
○ ด้านเวชกรรมไทย ○ ด้านเภสัชกรรมไทย ○ ด้านผดุงครรภ์ไทย ○ ด้านการนวดไทย ○ ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ทะเบียนใบอนุญาตเลขที่.....

☐ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ทะเบียนใบอนุญาตเลขที่.....

ผู้ลงนามในใบอนุญาต

....
(.....) (.....)
เลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย **นายกสภาการแพทย์แผนไทย**

ตราสภาการแพทย์แผนไทย

สภาการแพทย์แผนไทย

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่ พท.ว./พท.ภ./พท.ผ./พท.น./พท.พ. .....

อาศัยอำนาจตามความในพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖

สภาการแพทย์แผนไทย

ออกใบอนุญาตฉบับนี้แก่

(นาย,นาง,นางสาว)..... อายุ ..... ปี

ซึ่งสภาการแพทย์แผนไทยได้รับขึ้นทะเบียนให้เป็น

ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้าน .....

และมีสิทธิประกอบวิชาชีพดังกล่าวได้ ภายใต้บทบังคับแห่งกฎหมาย

ใบอนุญาตออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน.....พ.ศ. ....

ภาพถ่าย

(.....) (.....)

นายกสภาการแพทย์แผนไทย เลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย

ตราสภาการแพทย์แผนไทย

สภาการแพทย์แผนไทย

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ที่ พท.ป. .....

อาศัยอำนาจตามความในพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖

สภาการแพทย์แผนไทย

ออกใบอนุญาตฉบับนี้แก่

(นาย,นาง,นางสาว)..... อายุ ..... ปี

ซึ่งสภาการแพทย์แผนไทยได้รับขึ้นทะเบียนให้เป็น

ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

และมีสิทธิประกอบวิชาชีพดังกล่าวได้ ภายใต้บทบังคับแห่งกฎหมาย

ใบอนุญาตออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน.....พ.ศ. ....

ภาพถ่าย

(.....) (.....)

นายกสภาการแพทย์แผนไทย เลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย

ตราสภาการแพทย์แผนไทย
สภาการแพทย์แผนไทย

หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

หนังสือรับรองฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

(นาย, นาง,นางสาว) .....

ได้รับอนุมัติให้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ ดังนี้

☐ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (ระบุด้านที่ได้รับการขึ้นทะเบียน)

- ◯ ด้านเวชกรรมไทย
  ใบอนุญาตเลขที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....
- ◯ ด้านเภสัชกรรมไทย
  ใบอนุญาตเลขที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....
- ◯ ด้านการผดุงครรภ์ไทย
  ใบอนุญาตเลขที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....
- ◯ ด้านการนวดไทย
  ใบอนุญาตเลขที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

☐ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์
ใบอนุญาตเลขที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ลงนาม .....
(.....)
นายกสภาการแพทย์แผนไทย

หนังสือรับรองฉบับนี้มีอายุ ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ออกหนังสือนี้

Seal of the Thai Traditional Medical Council

Thai Traditional Medical Council

Thai Traditional Medical Practitioner License TM.MD. / TM.PH. / TM.MW. / TM.MS. / TM.IM. .....

.

By virtue of the Thai Traditional Medical Professions Act B.E.2556 (2013)

The Thai Traditional Medical Council

hereby confers this license on

(Mr./Mrs./Miss).....Age (years).....

whom the Thai Traditional Medical Council has registered as

a Thai Traditional Medical Practitioner in the type of .....

with all the rights to practice in the specified category under the provisions of the aforementioned Act

The license was issued on date ..... month ..... Year .....

Photo

(.....)

President of the Thai Traditional Medical Council

(.....)

Secretary General of the Thai Traditional Medical Council

Seal of the Thai Traditional Medical Council

Thai Traditional Medical Council

Applied Thai Traditional Medical Practitioner License ATM. .....

.

By virtue of the Thai Traditional Medical Professions Act B.E.2556 (2013)

The Thai Traditional Medical Council

hereby confers this license on

(Mr./Mrs./Miss).....Age (years).....

whom the Thai Traditional Medical Council has registered as

an Applied Thai Traditional Medical Practitioner

with all the rights to practice in the specified category under the provisions of the aforementioned Act

The license was issued on date ..... month ..... Year .....

Photo

(.....)

President of the Thai Traditional Medical Council

(.....)

Secretary General of the Thai Traditional Medical Council

Seal of the Thai Traditional Medical Council

Thai Traditional Medical Council

Certification of practitioner registration

This certificate certifies that

(Mr. / Mrs. / Miss) .....

has been approved for registration as a practitioner under the Thai Traditional Medical Professions Act B.E.2556 (2013) as follows:

☐ License to practice Thai traditional medicine (specify the type of registration)

- ○ Thai medicine

  License number ..... issued on date ..... month ..... Year .....

- ○ Thai pharmacy

  License number ..... issued on date ..... month ..... Year .....

- ○ Thai midwifery

  License number ..... issued on date ..... month ..... Year .....

- ○ Thai massage

  License number ..... issued on date ..... month ..... Year .....

☐ License to practice applied Thai traditional medicine

License number ..... issued on date ..... month ..... Year .....

Issued on date ..... month ..... year .....

Signed .....

(.....)

President of the Thai Traditional Medical Council

This certificate shall remain valid for a period of 180 days from its date of issue.