



## คำขอสมัครเป็นสมาชิกทันตแพทยสภา

เขียนที่ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี

เกิดวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_ เชื้อชาติ \_\_\_\_\_ ศาสนา \_\_\_\_\_

อยู่บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน \_\_\_\_\_ เลขที่ \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_

สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา \_\_\_\_\_

วุฒิการศึกษา \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ที่อยู่ซึ่งต้องการให้ทันตแพทยสภาติดต่อ เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_

## ขอสมัครเป็นสมาชิกทันตแพทยสภา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรา ๑๒ (๑) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๓๑ และได้แนบหลักฐานตามข้อบังคับทันตแพทยสภา ว่าด้วยการเป็นสมาชิกทันตแพทยสภา มาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- (๑) สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
- (๒) หลักฐานแสดงวุฒิในวิชาชีพทันตกรรม
- (๓) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ทำปกติ ไม่สวมแว่นตา ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ ภาพ
- (๔) ใบรับรองแพทย์ ตามแบบที่ทันตแพทยสภากำหนด
- (๕) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าได้ส่งค่าธรรมเนียมจดทะเบียน \_\_\_\_\_ บาท ( \_\_\_\_\_ )

มาพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_ ผู้ยื่นคำขอ

( \_\_\_\_\_ )