**แบบคำขออุทธรณ์การสิ้นสุดสถานภาพ**

เขียนที่.............................................................................

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

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ยื่นอุทธรณ์การสิ้นสุดสถานภาพการฝึกอบรม

เรียน เลขาธิการราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการรักษาสถานภาพ

ด้วย ข้าพเจ้า ทันตแพทย์/ทันตแพทย์หญิง................................................................. ผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมทันตแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตร ปัจจุบันเป็นผู้ที่สิ้นสุดสถานภาพของผู้รับการฝึกอบรมแล้ว ตามข้อ 9 ของประกาศราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง เกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรมสาขาต่าง ๆ และเกณฑ์สถาบันฝึกอบรม พ.ศ. 2567 ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2567 นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้าขอยื่นอุทธรณ์การสิ้นสุดสถานภาพการฝึกอบรม เพื่อให้ยังคงสถานภาพ เป็นผู้เข้ารับการฝึกอบรมทันตแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตร

สถานภาพ เป็นผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตร....................................................................................

สถาบัน...................................................................................................................

ปีการศึกษาที่เข้า.......................ปีการศึกษาที่สิ้นสุดสถานภาพ..............................

□ สิ้นสุดการฝึกอบรมภาควิชาการแล้ว

□ สิ้นสุดการฝึกอบรมภาคปฏิบัติแล้ว

□ อยู่ระหว่างการทำวิจัย

□ ทำการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว อยู่ระหว่างรอการตีพิมพ์

เนื่องจาก □ อยู่ระหว่างการรอตอบรับ/ตีพิมพ์ผลงานวิจัย

 □ มีความประสงค์จะสอบข้อเขียน เพื่อวุฒิบัตร

 □ มีความประสงค์จะสอบปากเปล่าและรายงานผู้ป่วย เพื่อวุฒิบัตร

 □ อื่น ๆ โปรดระบุ................................................................................................ ...........................................................................................................................................................................

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระค่ารักษาสถานภาพของผู้รับการฝึกอบรมถึงปีปัจจุบันเรียบร้อยแล้ว และจะดำเนินการชำระค่ารักษาสถานภาพเป็นประจำทุกปี เพื่อรักษาสถานภาพเป็นผู้รับการฝึกอบรมอยู่จนกว่าจะสำเร็จการฝึกอบรมหรือได้รับวุฒิบัตรจากทันตแพทยสภา

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์การสิ้นสุดสถานภาพการฝึกอบรมของข้าพเจ้าต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

 ขอแสดงความนับถือ

 (ทันตแพทย์/ทันตแพทย์หญิง............................................................................)

❑ **เห็นชอบ**

❑ **ไม่เห็นชอบ**

 ลงชื่อ......................................................................ผู้อำนวยการหลักสูตรฯ

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

 วันที่.....................................................................

**วิธีการชำระค่ารักษาสถานภาพ**

1. เข้าสู่เว็บไซต์ <https://www.royalthaident.org/resident/fee>
2. Login เข้าสู่ระบบโดยกรอก เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม และ รหัสประจำตัวทันตแพทย์ประจำบ้าน เพื่อตรวจสอบข้อมูลการค้างชำระค่ารักษาสถานภาพ และช่องทางการชำระเงิน
3. ชำระค่ารักษาสถานภาพโดย Scan Barcode หรือ QR Code ผ่านทาง Internet Banking / Mobile Banking **เพื่อนำเข้าบัญชี ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย**