



คำขอประกาศนียบัตรวิชาชีพทันตกรรม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญชาติ.....ศาสนา.....เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมใบอนุญาตที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรศัพท์เคลื่อนที่.....สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....เลขที่.....หมู่ที่.....

.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง

.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร..... ต้องการให้ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทยติดต่อ คือ บ้านที่อยู่

สถานที่ปฏิบัติงาน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอประกาศนียบัตรวิชาชีพทันตกรรม ในสาขา.....โดย

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติตามข้อ 4 หรือ ข้อ 5 แห่งระเบียบทันตแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกประกาศนียบัตรวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2549

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร หลักฐานต่างๆ มาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

1. หลักฐานแสดงคุณสมบัติของข้าพเจ้า
 - 1.1 สำเนาปริญญาบัตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต
 - 1.2 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือ หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม
2. หลักฐานการฝึกอบรม การปฏิบัติงาน
3. ประกาศนียบัตรบัณฑิตหรือเทียบเท่าแสดงความรู้ในสาขาที่ประสงค์ขอประกาศนียบัตรวิชาชีพทันตกรรม
4. เอกสาร หรือหลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)
 - สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล
 - อื่นๆ
5. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 ใบ (รูปถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
6. ค่าธรรมเนียมการขอประกาศนียบัตรวิชาชีพทันตกรรม จำนวน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

เฉพาะเจ้าหน้าที่

รับ

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

การขอรับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นประถมศึกษา

(กรณีที่ไม่สามารถมาติดต่อรับด้วยตนเอง)

1. ใช้สำเนาบัตรประชาชน * เขียนชื่อผู้ขอรับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นประถมศึกษา และระบุสาขา

กรณีที่ 1 ต้องการให้ส่งประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นประถมศึกษา กลับไปให้ทางไปรษณีย์
ระบุเพิ่มเติมคือ ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร

กรณีที่ 2 มอบอำนาจให้มารับแทน
ระบุเพิ่มเติมคือ ชื่อ-สกุลของผู้ที่ให้มาติดต่อรับ
โดยให้ผู้ที่มาติดต่อรับ นำสำเนาบัตรประชาชนของตนเอง (เซ็นรับรอง) มาด้วย 1

ฉบับ

** กรณีนี้สามารถชำระเงินสดได้ค่ะ

2. โอนเงินชำระค่าประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นประถมศึกษา 1,000 บาท
ในกรณีที่ให้ส่งประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นประถมศึกษา กลับไปให้ทางไปรษณีย์ มีค่าจัดส่ง EMS 70 บาท
(โอนเงินรวม 1,070 บาท)

ชื่อบัญชี “ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย”

เลขที่บัญชี 038-4357909

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) บัญชีออมทรัพย์

3. ส่งสำเนาบัตรประชาชน * และหลักฐานการโอนเงิน ทาง

- โทรสาร 02-9510422 หรือ

- ไปรษณีย์ลงทะเบียนถึง

ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย

ชั้น 6 อาคารสถาบันทันตกรรม ซ.ติวานนท์ 14

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

สอบถามเพิ่มเติมติดต่อ

เจ้าหน้าที่ราชวิทยาลัยฯ

โทร.02-9510420-1