

ข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย

ว่าด้วยการเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย

(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙

เพื่อให้การดำเนินการขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๔ วรรคหนึ่ง (๔) (ก) ประกอบมาตรา ๓๐ วรรคหนึ่ง (๑) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ คณะกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย โดยความเห็นชอบของสภานายกพิเศษจึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยการเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก แบบแนบท้ายที่กำหนดตามข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยการเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๗ และให้ใช้แบบแนบท้ายที่กำหนดตามข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยการเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ แทน

ข้อ ๔ ให้แบบคำขอการเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย ที่ยื่นไว้ตามข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยการเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็นแบบคำขอการเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทยตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

พิเชฐ บุญยัติ

อุปนายกสภาการแพทย์แผนไทย คนที่ ๑

ปฏิบัติหน้าที่แทนนายกสภาการแพทย์แผนไทย

แบบแนบท้ายที่กำหนดตามข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย
ว่าด้วยการเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย
(ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙

๑. คำขอเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย
๒. หนังสือสำคัญการเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย
๓. บัตรประจำตัวสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย
๔. คำขอดำเนินการด้านทะเบียนสมาชิก บัตรสมาชิก และใบอนุญาต

เลขรับที่วันที่
 ลงชื่อ ผู้รับคำร้อง

ตราสภาการแพทย์แผนไทย
 สภาการแพทย์แผนไทย
 คำขอเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย

ภาพถ่าย
 ขนาด ๑ นิ้ว

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. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
 ไม่เคยเป็นผู้มีความประพฤติเสียหายที่จะนำซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
 ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดที่ให้นำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
 ไม่เป็นผู้วิกลจริต จิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือไม่เป็นโรคที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย
 มีความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพ

- ได้รับการฝึกอบรมจากสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรองโดยมีผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้เป็นผู้ให้การอบรม
 (ระบุชื่อสถาบันหรือสถานพยาบาล)..... เมื่อ พ.ศ.
- ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขาการแพทย์แผนไทยจากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง(ระบุชื่อสถาบันการศึกษา)..... เมื่อ พ.ศ.
- ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์จากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง(ระบุชื่อสถาบันการศึกษา)..... เมื่อ พ.ศ.
- เป็นผู้ที่ส่วนราชการรับรองความรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย
 (ระบุชื่อส่วนราชการ)..... เมื่อ พ.ศ.
 และสอบผ่านความรู้ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทยแล้ว (กรอกข้อมูล ข้อ ๔)

๓. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย

(กรอกข้อมูล ข้อ ๔ และ ๕ ซึ่งอยู่ด้านหลังด้วย)

๔. ข้าพเจ้าสอบผ่านความรู้ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทยแล้ว ดังนี้

มีความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย เพื่อการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ดังนี้

- ด้านเวชกรรมไทย ผลการสอบทฤษฎีผ่าน เมื่อวันที่..... ปฏิบัติผ่าน เมื่อวันที่.....
- ด้านเภสัชกรรมไทย ผลการสอบทฤษฎีผ่าน เมื่อวันที่..... ปฏิบัติผ่าน เมื่อวันที่.....
- ด้านการผดุงครรภ์ไทย ผลการสอบทฤษฎีผ่าน เมื่อวันที่..... ปฏิบัติผ่าน เมื่อวันที่.....
- ด้านการนวดไทย ผลการสอบทฤษฎีผ่าน เมื่อวันที่..... ปฏิบัติผ่าน เมื่อวันที่.....
- ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย ผลการประเมินหรือการสอบ ผ่าน เมื่อวันที่.....

มีความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย เพื่อการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

- ขั้นตอนที่ ๑ ผลการสอบ ผ่าน เมื่อวันที่
- ขั้นตอนที่ ๒ ผลการสอบ ผ่าน เมื่อวันที่
- ขั้นตอนที่ ๓ ผลการสอบ ผ่าน เมื่อวันที่

๕. ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณาดังต่อไปนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือสำเนาบัตรพนักงานของรัฐ กรณีเป็นคนต่างด้าวต้องมีหนังสือเดินทางหรือเอกสารคนต่างด้าว
- สำเนาทะเบียนบ้านหรือหลักฐานแสดงถิ่นที่อยู่
- สำเนาใบรายงานผลการศึกษาหรือสำเนาใบปริญญาบัตรหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา
- หนังสือแสดงผลการสอบผ่านความรู้จากสภาการแพทย์แผนไทย (ถ้ามี)
- หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพหรือใบรับรองแพทย์เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
- ภาพถ่ายขนาด ๑ นิ้ว แต่งกายสุภาพหน้าตรง ครึ่งตัวท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ ภาพ (ต้องไม่เป็นภาพถ่ายโพลาลอยด์)
- หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี).....

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

สภาการแพทย์แผนไทย ได้ออกใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย			
เมื่อวันที่	เดือน	พ.ศ.	ทะเบียนสมาชิก
ผู้ลงนามในใบสมาชิก			
.....
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
เลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย		นายกสภาการแพทย์แผนไทย	

ตราสภาการแพทย์แผนไทย

สภาการแพทย์แผนไทย

สมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย เลขที่

หนังสือสำคัญการเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย

คณะกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย

ออกหนังสือสำคัญฉบับนี้เพื่อแสดงว่า

(นาย, นาง, นางสาว).....

เป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

มีสิทธิและหน้าที่ภายใต้บทบังคับแห่งกฎหมายและข้อบังคับของสภาการแพทย์แผนไทย

ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ภาพถ่าย

(.....)

นายกสภาการแพทย์แผนไทย

(.....)

เลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย

แบบบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย

ด้านหน้า

8.6 ซม.

5.4 ซม.



สภาการแพทย์แผนไทย เลขที่สมาชิก 0000 00000
Thai Traditional Medical Council Member No.

ชื่อ-นามสกุล
Name-Last name


เลขบัตรประจำตัวประชาชน
Identification Number

เกิดวันที่
Date of Birth

.....
วันออกบัตร วันบัตรหมดอายุ
Date of Issue Date of Expiry

นายทะเบียน/Registrar

ด้านหลัง



Serial Number

Authorized Signature

บัตรนี้เป็นทรัพย์สินของสภาการแพทย์แผนไทย

.....

▶ แลกเปลี่ยนเส้นสีขาวที่บ

ตราสภาการแพทย์แผนไทย
สภาการแพทย์แผนไทย

เลขรับที่ วันที่
ลงชื่อ ผู้รับคำร้อง

คำขอดำเนินการด้านทะเบียนสมาชิก บัตรสมาชิก และใบอนุญาต

เขียนที่

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (ระดับด้าน)

- 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.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ อยู่เลขที่..... ซอย..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....

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

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้สภาการแพทย์แผนไทยดำเนินการด้านทะเบียนสมาชิกและใบอนุญาตให้ข้าพเจ้า ดังต่อไปนี้

(๑) ขอหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน ฉบับเพื่อ

ศึกษาต่อ ปฏิบัติงาน อื่น ๆ (ระบุ)

(๒) ขอใบแทนหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิก/ใบแทนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย เนื่องจาก

ชำรุด สูญหาย เมื่อวันที่

(๓) ขอแปลใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย เป็นภาษา (ระบุ)

อังกฤษ จีน ญี่ปุ่น อื่น ๆ (ระบุ)

(๔) ขอเปลี่ยนข้อมูลในทะเบียนสมาชิกและหรือในใบอนุญาต ดังนี้ (ระบุ)

ชื่อตัว-ชื่อสกุล ชื่อสกุล ที่อยู่ ที่ติดต่อ ยศ การเพิ่มอภิไธย

(๕) ขอทำบัตรสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย เนื่องจาก

ทำบัตรใหม่ บัตรเดิมหมดอายุ

ชำรุด สูญหาย เมื่อวันที่

๓. พร้อมกับคำร้องนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยคือ

(ใส่เครื่องหมาย ✓ ที่หน้าเอกสารหลักฐานที่ท่านแนบ)

	เอกสารหลักฐานที่แนบขอ				
	ดำเนินการตามข้อ				
สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือสำเนาบัตรพนักงานของรัฐ หรือหนังสือเดินทาง หรือเอกสารคนต่างด้าว (พร้อมรับรองสำเนา)	๒(๑)	๒(๒)	๒(๓)	๒(๔)	๒(๕)
สำเนาทะเบียนบ้าน หรือหลักฐานแสดงถิ่นที่อยู่ (พร้อมรับรองสำเนา)	๒(๑)	๒(๒)	๒(๓)	๒(๔)	
สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต	๒(๑)				
สำเนาใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์			๒(๓)		
ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ (ยกเว้นสูญหาย)		๒(๒)	๒(๓)	๒(๔)	
สำเนาหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิก/สำเนาใบอนุญาตที่ถูกทำลายหรือหนังสือแจ้งความต่อพนักงานสอบสวนกรณีสูญหาย		๒(๒)			
สำเนาบัตรสมาชิกที่ถูกทำลายสาระสำคัญหรือหนังสือแจ้งความต่อพนักงานสอบสวนกรณีสูญหาย		๒(๒)			๒(๕)
ภาพถ่าย ๑ นิ้ว หน้าที่ตรง ครึ่งตัว ทำปกติ ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวก ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน ๒ ภาพ (ไม่เป็นภาพโพลาลอยด์)	๒(๑)	๒(๒)	๒(๓)	๒(๔)	๒(๕)
สำเนานหนังสือสำคัญการได้รับอนุมัติให้เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ยศ คำนำหน้านาม การเพิ่มอื่น ๆ				๒(๔)	๒(๕)
สำเนาทะเบียนสมรสกรณีขอเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุลจากการสมรส				๒(๔)	๒(๕)

ลายมือชื่อ ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)