

ข้อบังคับสภาการพยาบาล

ว่าด้วยการขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาต
และการอื่นๆ ที่เกี่ยวกับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล
การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์

พ.ศ. ๒๕๕๕

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๒ (๓) (ก) (จ) (ฐ) มาตรา ๒๘
มาตรา ๓๑ และด้วยความเห็นชอบของสภานายกพิเศษ ตามมาตรา ๒๖ แห่งพระราช
บัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดย
พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๐
อันเป็นพระราชบัญญัติที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพ
ของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๘ ประกอบกับมาตรา ๕๐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
บัญญัติให้กระทำได้ โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย คณะกรรมการ
สภาการพยาบาลจึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยการขึ้นทะเบียน
การออกใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาต และการอื่นๆ ที่เกี่ยวกับใบอนุญาตเป็นผู้
ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์
พ.ศ. ๒๕๕๕”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๘ เมษายน ๒๕๕๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยการขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาตและการอื่นๆ ที่เกี่ยวกับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๕๑

(๒) ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยการขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาตและการอื่นๆ ที่เกี่ยวกับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๒

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

“ใบอนุญาต” หมายความว่า ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสภาการพยาบาล

“ผู้ประกอบวิชาชีพ” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ได้รับใบอนุญาตจากสภาการพยาบาล

“เลขานุการ” หมายความว่า เลขานุการสภาการพยาบาล

หมวด ๑

การขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาต

ส่วนที่ ๑

คุณสมบัติของผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

ข้อ ๕ ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

(๑) เป็นสมาชิกสามัญสภาการพยาบาล

(๒) มีความรู้ในวิชาชีพ

(ก) สำเร็จการศึกษาได้รับปริญญา ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา หรือประกาศนียบัตรในสาขาการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาล และการผดุงครรภ์ จากสถาบันการศึกษาในประเทศไทยที่คณะกรรมการรับรอง หรือ

(ข) สำเร็จการศึกษาได้รับปริญญา ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา หรือประกาศนียบัตรในสาขาการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาล และการผดุงครรภ์ จากสถาบันการศึกษาในต่างประเทศซึ่งคณะกรรมการได้ตรวจสอบหลักฐานการศึกษาแล้ว

(๓) ได้ผ่านการสอบความรู้ตามข้อบังคับว่าด้วยการนั้นแล้ว

ข้อ ๖ ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละประเภท ต้องมีความรู้ในวิชาชีพและภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

(๑) ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ได้รับปริญญา ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา หรือประกาศนียบัตรในสาขา

(ก) การพยาบาล หรือ

(ข) การพยาบาลและการผดุงครรภ์

(๒) ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ได้รับปริญญา ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา หรือประกาศนียบัตรในสาขา

(ก) การผดุงครรภ์ หรือ

(ข) การพยาบาลและการผดุงครรภ์

ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ซึ่งได้รับปริญญา ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา หรือประกาศนียบัตรในสาขา การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จะต้องเป็นผู้ที่ได้รับอนุมัติให้ขึ้น ทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลแล้ว

(๓) ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ได้รับปริญญา ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา หรือประกาศนียบัตรในสาขาการพยาบาลและ การผดุงครรภ์

ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ แต่ผลการสอบรายวิชาการผดุงครรภ์ยังไม่ผ่าน หากประสงค์จะรับ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ให้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลได้ และหากสอบรายวิชาการผดุงครรภ์ได้อีก จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์หรือเป็น ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ก็ได้

ข้อ ๗ ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตตามข้อ ๖ ซึ่งได้รับปริญญาหรือ ประกาศนียบัตรจากสถาบันการศึกษาในต่างประเทศ จะต้องเป็นผู้ได้รับอนุญาต ให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพในประเทศที่ตนได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรด้วย เว้นแต่เป็นผู้มีสัญชาติไทยไม่ต้องเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตก็ได้

ข้อ ๘ ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพตามข้อ ๖ ในแต่ละชั้น ต้องมีความรู้ในวิชาชีพ ดังนี้

(๑) ผู้ประกอบวิชาชีพชั้นหนึ่ง ได้รับปริญญา หรือประกาศนียบัตร เทียบเท่าปริญญาในสาขาการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์

(๒) ผู้ประกอบวิชาชีพชั้นสอง ได้รับประกาศนียบัตรในสาขาการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับต้น

ข้อ ๕ ภายใต้บังคับข้อ ๖ ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละประเภทและแต่ละชั้น ต้องสอบความรู้และมีผลการสอบผ่านครบทุกรายวิชา

ส่วนที่ ๒

การขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

ข้อ ๑๐ ผู้ประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอต่อเลขาธิการ ณ สำนักงานสภาการพยาบาลหรือตามที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด ตามแบบ ทฎ. ๑ ท้ายข้อบังคับนี้ พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐาน ดังนี้

- (๑) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ยื่นคำขอ
- (๒) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการพยาบาล
- (๓) สำเนาเอกสารแสดงความรู้ในวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามประเภทและชั้นที่ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

(๔) ใบแจ้งผลการสอบความรู้ ตามประเภท และชั้นของใบอนุญาต ที่สภาการพยาบาลออกให้

(๕) สำเนาใบอนุญาตจากต่างประเทศ กรณีผู้ขอขึ้นทะเบียนสำเร็จ การศึกษาจากสถาบันการศึกษาในต่างประเทศและเป็นผู้ไม่มีสัญชาติไทย

(๖) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาคำ ขนาด ๑ นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๓ รูป

(๗) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ข้อ ๑๑ เมื่อเลขาธิการตรวจสอบคำขอแล้ว หากหลักฐานครบและถูกต้อง ให้เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติหรือไม่อนุมัติให้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตตามประเภทและชั้นของใบอนุญาต

เมื่อคณะกรรมการอนุมัติหรือไม่อนุมัติให้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต ให้เลขาธิการแจ้งผู้ยื่นคำขอทราบ

ส่วนที่ ๓

การออกใบอนุญาต

ข้อ ๑๒ ผู้ได้รับอนุมัติให้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตแล้ว ให้เลขาธิการดำเนินการขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตตามประเภทและชั้นของใบอนุญาต

ทะเบียน ให้ใช้และมีรายการอย่างน้อยตามแบบ ทญ. ๒ ทำย
ข้อบังคับนี้

ใบอนุญาต ให้ใช้ตามแบบ ทญ. ๓ ทำยข้อบังคับนี้

ส่วนที่ ๔

หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ข้อ ๑๓ ผู้ได้รับอนุมัติให้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแล้ว ประสงค์จะได้หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียน ให้ยื่นคำขอต่อเลขาธิการ ณ สำนักงาน

สภากาชาด หรือตามที่สภากาชาดประกาศกำหนด ตามแบบ ทญ. ๔
ท้ายข้อบังคับนี้ พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐาน ดังนี้

(๑) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ยื่นคำขอ

(๒) สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

(๓) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว

ซึ่งถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๓ รูป

(๔) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ข้อ ๑๔ เมื่อเลขการตรวจสอบคำขอ หากหลักฐานครบและถูกต้อง ให้ออก
หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนให้แก่ผู้ยื่นคำขอตามแบบ ทญ. ๕ ท้ายข้อบังคับนี้

หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนตามวรรคหนึ่ง ให้มีอายุเก้าสิบวัน
นับแต่วันที่ออก

หมวด ๒

การขอและการต่ออายุใบอนุญาต

ส่วนที่ ๑

คุณสมบัติของผู้ขอต่ออายุใบอนุญาต

ข้อ ๑๕ ผู้ประกอบวิชาชีพที่มีบัตรประจำตัวสมาชิกสามัญของสภากาชาด
หากประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาต ต้องมีคุณสมบัตินับแต่วันที่ได้รับใบอนุญาต
จนถึงวันที่ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต ดังนี้

(๑) เป็นผู้ปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
ด้านบริการ ด้านบริหาร ด้านการศึกษา ด้านวิชาการ ด้านการวิจัย หรือเป็นผู้ทรง
คุณวุฒิ หรือที่ปรึกษาด้านวิชาการหรือวิชาชีพและ

(ก) ได้รับการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถทางวิชาชีพ
หรือวิชาการ หรือ

(ข) มีส่วนร่วมในการพัฒนาบุคลากร หรือพัฒนาวิชาชีพ หรือ

(๒) เป็นผู้ได้รับวุฒิการศึกษาทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์
เพิ่มเติม หรือกำลังศึกษาต่อในหลักสูตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือ

(๓) เป็นผู้ได้รับวุฒิการศึกษาในสาขาอื่นเพิ่มเติม หรือกำลังศึกษาต่อ
ในหลักสูตรสาขาอื่น และ

(ก) ได้รับการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถทางวิชาชีพ
หรือวิชาการ หรือ

(ข) มีส่วนร่วมในการพัฒนาบุคลากรหรือพัฒนาวิชาชีพ

ทั้งนี้ คุณสมบัติตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ
และเงื่อนไขที่สภาการพยาบาลกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

ข้อ ๑๖ ผู้ประกอบวิชาชีพที่มีบัตรประจำตัวสมาชิกสามัญของสภาการพยาบาล
แต่ไม่มีคุณสมบัติตามข้อ ๑๕ หากประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาต ต้องผ่าน
การอบรมทางวิชาชีพ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่สภาการพยาบาลกำหนด
โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

ส่วนที่ ๒

การขอต่ออายุใบอนุญาต

ข้อ ๑๗ ผู้ประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอต่อเลขานุการ
ณ สำนักงานสภาการพยาบาลหรือตามที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด โดยยื่น
ล่วงหน้าไม่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวัน ก่อนวันที่ใบอนุญาตหมดอายุ ตามแบบ ทญ. ๖
ท้ายข้อบังคับนี้ พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐาน ดังนี้

(๑) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ยื่นคำขอ

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการพยาบาล

(๓) สำเนาใบอนุญาต

(ก) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์
การพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือ

(ข) เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน ในสาขาการพยาบาล
สาขาการผดุงครรภ์ หรือสาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์

(๔) เอกสารแสดง หรือรับรองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามข้อ ๑๕
หรือข้อ ๑๖ ซึ่งออกโดยหัวหน้าหน่วยงาน ผู้บังคับบัญชาของผู้ขอ หน่วยงาน
ที่จัดการหรือที่เกี่ยวข้อง หรือออกโดยผู้บริหารสถาบันการศึกษา แล้วแต่กรณี

(๕) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว
ซึ่งถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๓ รูป

(๖) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ข้อ ๑๔ เมื่อเลขาธิการตรวจสอบคำขอ หากหลักฐานครบและถูกต้อง ให้เสนอคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติ หรือไม่อนุมัติให้ต่ออายุใบอนุญาต

เมื่อคณะกรรมการอนุมัติหรือไม่อนุมัติให้ต่ออายุใบอนุญาต ให้เลขาธิการแจ้งผู้ยื่นคำขอทราบ

ข้อ ๑๕ เมื่อคณะกรรมการได้อนุมัติให้ต่ออายุใบอนุญาต ให้เลขาธิการดำเนินการทางทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ยื่นคำขอ โดยให้ใบอนุญาตมีอายุนับถัดจากวันที่ใบอนุญาตเดิมหมดอายุ

ให้เลขาธิการออกใบอนุญาตให้ผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่ยื่นคำขอ

ใบอนุญาตที่ออกตามวรรคสอง ให้ใช้ตามแบบ ทญ. ๗ ท้ายข้อบังคับนี้

หมวด ๓

การขอและการออกใบอนุญาตกรณีใบอนุญาตหมดอายุหรือถูกเพิกถอน

ส่วนที่ ๑

ใบอนุญาตหมดอายุ

ข้อ ๒๐ ผู้ประกอบวิชาชีพที่ใบอนุญาตหมดอายุ แต่เป็นผู้มีคุณสมบัติตามข้อ ๑๕ หรือข้อ ๑๖ ประสงค์จะขอรับใบอนุญาตใหม่ตามประเภทและชั้นที่เคยได้รับให้ยื่นคำขอต่อเลขาธิการ ณ สำนักงานสภาการพยาบาลหรือตามที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด ตามแบบ ทญ. ๘ ท้ายข้อบังคับนี้ พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานดังนี้

(๑) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอ

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการพยาบาล

(๓) ใบอนุญาตฉบับที่หมดอายุ

(๔) เอกสารแสดงหรือรับรองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามข้อ ๑๕ หรือข้อ ๑๖ ซึ่งออกโดยหัวหน้าหน่วยงาน ผู้บังคับบัญชาของผู้ขอ หน่วยงานที่จัดการ หรือที่เกี่ยวข้อง หรือออกโดยผู้บริหารสถาบันการศึกษา แล้วแต่กรณี

(๕) คำชี้แจงเหตุผลหรือความจำเป็นที่ไม่ได้ยื่นคำขอต่ออายุ ใบอนุญาต ก่อนที่ใบอนุญาตหมดอายุ

(๖) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๓ รูป

(๗) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ข้อ ๒๑ เมื่อเลขาธิการตรวจสอบคำขอ หากหลักฐานครบและถูกต้อง ให้เสนอคณะกรรมการพิจารณา ในการพิจารณาของคณะกรรมการให้ดำเนินการประเมิน ความรู้ ความสามารถ ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข หรือวิธีการที่กำหนด ก่อนที่จะ พิจารณาอนุมัติหรือไม่อนุมัติให้ออกใบอนุญาต

เมื่อคณะกรรมการอนุมัติหรือไม่อนุมัติให้ออกใบอนุญาต ให้ เลขาธิการแจ้งผู้ยื่นคำขอทราบ

ข้อ ๒๒ ในกรณีที่อนุมัติให้ออกใบอนุญาต ให้เลขาธิการดำเนินการทางทะเบียน และออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ยื่นคำขอ โดยให้ใบอนุญาตมีอายุตั้งแต่วันที่คณะกรรมการ อนุมัติ

ใบอนุญาต ให้ใช้แบบ ทญ. ๗ โดยอนุโลม แต่ไม่ระบุจำนวนครั้ง การต่ออายุ

ข้อ ๒๓ ให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียมในการออกใบอนุญาตตามข้อ ๒๒ เป็นสองเท่าของอัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาต

ส่วนที่ ๒

ใบอนุญาตถูกเพิกถอน

ข้อ ๒๔ ผู้ที่เคยได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพและใบอนุญาตถูกเพิกถอน เมื่อพ้นกำหนดสองปีนับแต่วันที่ถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาตหรือเมื่อสิ้นระยะเวลาหนึ่งปี นับแต่วันที่คณะกรรมการปฏิเสธการออกใบอนุญาตตามที่ขอรับใหม่ครั้งแรก ประสงค์จะขอรับใบอนุญาตใหม่ตามประเภทและชั้นที่เคยได้รับ ให้ยื่นคำขอต่อเลขาธิการ ณ สำนักงานสภาการพยาบาล หรือตามที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด ตามแบบทฎ. ๕ ท้ายข้อบังคับนี้ พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐาน ดังนี้

(๑) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ยื่นคำขอ

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการพยาบาล

(๓) ใบอนุญาตและสำเนาคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาต

(๔) สำเนาเอกสารที่คณะกรรมการได้ปฏิเสธการออกใบอนุญาตครั้งแรก กรณีเป็นการยื่นคำขอรับใบอนุญาตใหม่ครั้งที่สอง

(๕) เอกสารแสดงหรือรับรองความประพฤติและการประกอบอาชีพ หรือการทำงานระหว่างถูกเพิกถอนใบอนุญาต ซึ่งออกโดยหน่วยงานต้นสังกัดหรือผู้บังคับบัญชาของผู้ยื่นคำขอ (ถ้ามี)

(๖) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๓ รูป

(๗) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ข้อ ๒๕ เมื่อเลขธิการตรวจสอบคำขอ หากหลักฐานครบและถูกต้อง ให้เสนอคณะกรรมการพิจารณา ในการพิจารณาของคณะกรรมการให้ดำเนินการประเมิน ความประพฤติ ความรู้ ความสามารถ ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข หรือวิธีการที่กำหนด ก่อนที่จะพิจารณานุมัติหรือไม่อนุมัติให้ออกใบอนุญาต

เมื่อคณะกรรมการอนุมัติหรือไม่อนุมัติให้ออกใบอนุญาต ให้ เลขธิการแจ้งผู้ยื่นคำขอทราบ

ข้อ ๒๖ ในกรณีที่อนุมัติให้ออกใบอนุญาต ให้เลขธิการดำเนินการทางทะเบียน และออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ยื่นคำขอ โดยให้ใบอนุญาตมีอายุตั้งแต่วันที่คณะกรรมการ อนุมัติ

ใบอนุญาตให้ดำเนินการตามข้อ ๒๒ วรรคสอง โดยอนุโลม

ข้อ ๒๗ ให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียมในการออกใบอนุญาตตามข้อ ๒๖ เท่ากับอัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาต

หมวด ๔

ใบแทนใบอนุญาต

ข้อ ๒๘ ผู้ประกอบวิชาชีพที่ใบอนุญาตถูกทำลายในสาระสำคัญหรือสูญหาย ให้ยื่นคำขอรับใบแทนใบอนุญาตต่อเลขธิการ ณ สำนักงานสภาการพยาบาลหรือตามที่ สภาการพยาบาลประกาศกำหนด ตามแบบ ทญ. ๑๐ ท้ายข้อบังคับนี้ พร้อมด้วยเอกสาร และหลักฐาน ดังนี้

(๑) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ยื่นคำขอ

(๒) ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ถูกทำลายในสาระสำคัญ หรือหนังสือรับแจ้งความของพนักงานสอบสวน กรณีสูญหาย

(๓) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๓ รูป

(๔) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ข้อ ๒๕ เมื่อเลขธิการตรวจสอบคำขอ หากหลักฐานครบและถูกต้องให้เสนอนายกสภาการพยาบาลพิจารณาอนุมัติออกใบแทนใบอนุญาตให้แก่ผู้ยื่นคำขอตามประเภทและชั้นที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

ข้อ ๓๐ ใบแทนใบอนุญาต ให้ใช้แบบ ทญ. ๓ หรือ ทญ. ๗ ท้ายข้อบังคับนี้แล้วแต่กรณี โดยมีคำว่า “ใบแทน” เป็นตัวอักษรสีแดง ขนาดใหญ่กว่าตัวอักษรธรรมดา ประทับด้านบนใบอนุญาต

หมวด ๕

การเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล การเปลี่ยนหรือเพิ่มคำนำหน้าชื่อ

ข้อ ๓๑ ผู้ประกอบวิชาชีพประสงค์จะขอเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล เปลี่ยนหรือเพิ่มคำนำหน้าชื่อ ให้ยื่นคำขอต่อเลขธิการ ณ สำนักงานสภาการพยาบาลหรือตามที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด ตามแบบ ทญ. ๑๑ ท้ายข้อบังคับนี้ พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐาน ดังนี้

(๑) โบนัสผู้ถือหุ้น

(๒) สำเนาทะเบียนบ้านผู้ยื่นคำขอที่ปรากฏหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ
ชื่อสกุล เปลี่ยนหรือเพิ่มคำนำหน้าชื่อ

(๓) สำเนาเอกสารการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล เปลี่ยนหรือเพิ่ม
คำนำหน้าชื่อ

(๔) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกที่ได้รับการเปลี่ยน หรือเพิ่ม
คำนำหน้าชื่อตาม (๓)

(๕) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ข้อ ๓๒ เมื่อเลขธิการตรวจสอบคำขอ หากหลักฐานครบและถูกต้อง ให้
ดำเนินการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล เปลี่ยนหรือเพิ่มคำนำหน้าชื่อในทะเบียนใบอนุญาต
หรือหลักฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

การแก้ไขใบอนุญาต จะดำเนินการแก้ไขโดยการขีดฆ่าข้อความเดิม
แล้วเขียนหรือพิมพ์ข้อความใหม่ หรือบันทึกข้อความที่ขอแก้ไขที่ด้านหลังของ
ใบอนุญาตก็ได้ ทั้งนี้ ให้เลขธิการลงชื่อกำกับด้วย

หมวด ๖

การขอแปลใบอนุญาต

ข้อ ๓๓ ผู้ประกอบวิชาชีพประสงค์จะขอใบแปลใบอนุญาตและเอกสารอื่น
ที่เกี่ยวข้องกับใบอนุญาตเป็นภาษาอังกฤษ ให้ยื่นคำขอต่อเลขธิการ ณ สำนักงาน
สภาการพยาบาลหรือตามที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด ตามแบบ ทฎ. ๑๒
ท้ายข้อบังคับนี้ พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐาน ดังนี้

(๑) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

(๒) สำเนาหนังสือแสดงผลการศึกษาเป็นภาษาอังกฤษ

(Transcript)

(๓) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๓ รูป

(๔) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ข้อ ๓๔ เมื่อเลขราชการตรวจสอบคำขอ หากหลักฐานครบและถูกต้อง ให้ดำเนินการออกใบแปลใบอนุญาต ตามแบบ ทญ. ๑๓ ทญ. ๑๔ หรือ ทญ. ๑๕ แล้วแต่กรณี และ ทญ. ๑๖ ท้ายข้อบังคับนี้ให้แก่ผู้ยื่นคำขอ

หมวด ๗

วิธีการออกใบอนุญาตและเอกสารอื่น

ข้อ ๓๕ วิธีการออกใบอนุญาต การออกใบแทนใบอนุญาต หรือการออกเอกสารอื่นใดให้แก่ผู้รับใบอนุญาตหรือผู้ยื่นคำขอตามข้อบังคับนี้ให้ดำเนินการ ดังนี้

(๑) เขียนหรือพิมพ์ และติดรูปถ่ายตามแบบท้ายข้อบังคับนี้ หรือ

(๒) พิมพ์ข้อความทั้งหมด และพิมพ์รูปถ่ายด้วยระบบคอมพิวเตอร์

ตามแบบท้ายข้อบังคับนี้

หมวด ๘

ค่าธรรมเนียม

ข้อ ๓๖ ให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียม ดังนี้

- | | | |
|-----|--|---------|
| (๑) | ค่าต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง | ๕๐๐ บาท |
| (๒) | ค่าต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาล ชั้นหนึ่ง | ๒๕๐ บาท |
| (๓) | ค่าต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง | ๒๕๐ บาท |
| (๔) | ค่าต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นสอง | ๔๐๐ บาท |
| (๕) | ค่าต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาล ชั้นสอง | ๒๐๐ บาท |
| (๖) | ค่าต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การผดุงครรภ์ ชั้นสอง | ๒๐๐ บาท |
| (๗) | ค่าเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล เปลี่ยนหรือเพิ่มคำนำหน้าชื่อ ครั้งละ | ๑๐๐ บาท |
| (๘) | ค่าแปลเอกสารเป็นภาษาอังกฤษ | |
| (ก) | ค่าแปลใบอนุญาต ฉบับละ | ๒๐๐ บาท |
| (ข) | ค่าแปลหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตร แสดงความรู้และความชำนาญใน การประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์สาขาต่างๆ ฉบับละ | ๒๐๐ บาท |
| (ค) | ค่าแปลเอกสารอื่นๆ ฉบับละ | ๕๐๐ บาท |

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๓๗ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในข้อ ๑๕ วรรคสอง และข้อ ๑๖ มิให้ใช้บังคับแก่ผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตที่ใบอนุญาตหมดอายุ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๗ แต่ผู้ยื่นคำขอต้องยื่นคำขอตามข้อ ๑๗ แห่งข้อบังคับนี้

ข้อ ๓๘ ผู้ที่ได้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ และได้สอบผ่านเฉพาะวิชาตามประเภทใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การพยาบาลแล้ว ก่อนหรือในวันที่ที่ประกาศใช้ข้อบังคับนี้และผลการสอบยังไม่หมดอายุ ผู้ใดประสงค์จะขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลก่อน ให้ยื่นคำขอ ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตดังกล่าวตามข้อบังคับนี้ ภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่ วันที่ข้อบังคับนี้มีผลบังคับใช้

ข้อ ๓๙ ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันในสาขา การพยาบาล สาขาการผดุงครรภ์ หรือสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตาม กฎหมายว่าด้วยควบคุมการประกอบโรคศิลปะหรือผู้ที่ได้รับใบอนุญาต ตามพระราช บัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๐ ซึ่งใบอนุญาตนั้นไม่ได้กำหนดวันที่หมดอายุ เมื่อยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตให้ใช้ ต้นฉบับใบอนุญาตแทนการยื่นสำเนาใบอนุญาตตามข้อ ๑๗ (๓) แต่ให้ผู้ยื่นคำขอ ถ่ายสำเนาใบอนุญาตเก็บไว้แทนใบอนุญาตจนกว่าจะได้รับใบอนุญาตใหม่

ข้อ ๔๐ บรรดาแบบคำขอ และแบบพิมพ์ต่างๆ (ไม่รวมถึงแบบใบอนุญาต) ที่สภาการพยาบาลได้จัดทำไว้ตามข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยการขึ้นทะเบียน

การออกใบอนุญาตและการอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๔๑ และตามข้อบังคับ สภาการพยาบาล ว่าด้วยการขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาตและการอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการ ผดุงครรภ์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๒ ก่อนที่ข้อบังคับฉบับนี้ประกาศใช้ ให้คงใช้ แบบคำขอและแบบพิมพ์นั้นต่อไปจนกว่าจะหมด แต่ให้ผู้ยื่นคำขออื่นเอกสารต่างๆ ตามที่ข้อบังคับนี้กำหนด ทั้งนี้ ไม่เกินหนึ่งปีนับแต่วันที่ข้อบังคับนี้ใช้บังคับ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๕

ทัศนา บุญทอง

นายกสภาการพยาบาล



ทญ.1

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

- การพยาบาล ชั้น.....
 การผดุงครรภ์ ชั้น.....
 การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี
เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่บ้านชื่อ.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....
ฝ่าย/แผนก/งาน..... เลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ซึ่งต้องการให้สภาการพยาบาลติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ปฏิบัติงาน
 หรือที่บ้านเลขที่..... หมู่บ้านชื่อ..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา.....
เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... ได้รับ ปริญญา ประกาศนียบัตร
ในวิชาชีพสาขา.....

เป็นสมาชิกสามัญสภาการพยาบาล บัตรประจำตัวสมาชิก เลขที่.....
ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ได้ผ่านการสอบความรู้ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาลแล้ว ประจำปี พ.ศ..... การสอบครั้งที่.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ชั้น..... ประเภท

การพยาบาล การผดุงครรภ์ การพยาบาลและการผดุงครรภ์

พร้อมคำขอได้แนบเอกสารและหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- (1) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (2) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก
- (3) สำเนาเอกสารแสดงความรู้ในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 บริบูรณ์ ประกาศนียบัตร อื่น ๆ (ระบุ).....
- (4) ใบแจ้งผลการสอบความรู้ ตามประเภทและชั้นของใบอนุญาตที่สภาการพยาบาลออกให้
- (5) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้น..... กรณียื่นคำขอขึ้นทะเบียน
และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์
- (6) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากต่างประเทศ กรณีผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับ
ใบอนุญาตสำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ และไม่มีสัญชาติไทย คือ.....

(7) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาคำ ขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 3 รูป

(8) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ระบุ.....

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต จำนวน..... บาท

(.....) มาพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว โดย

ชำระเป็นเงินสดที่สำนักงานสภาการพยาบาล

ส่งเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ทะเบียนการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ทญ.2

ประเภท.....ชั้น.....

| ลำดับ ที่ | ชื่อ - สกุล (วันเดือนปีเกิด) | เลขทะเบียน สมาชิก | สำนักงานศึกษา | | | ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต | | | ต่ออายุใบอนุญาต | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---------------------------------|----------------------|---------------|--------------|------|---------------------------|--------------|---------|-----------------|---------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | สถาบัน | วัน เดือน ปี | วุฒิ | ใบอนุญาตเลขที่ | วัน เดือน ปี | หมดอายุ | ครั้งที่ | ตั้งแต่วันที่ | หมดอายุ | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ที่อยู่ ตมทะเบียนบ้าน | สถานที่ | | รายการแก้ไขเพิ่มเติม | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|
| | ปฏิบัติงาน | ติดต่อ | | |
| เลขที่..... ชื่อสถานที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... ไปรษณีย์..... อีเล็คโทรนิคส์..... | เลขที่..... ชื่อสถานที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... ไปรษณีย์..... อีเล็คโทรนิคส์..... | เลขที่..... ชื่อสถานที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... ไปรษณีย์..... อีเล็คโทรนิคส์..... | | |
| เลขที่..... ชื่อสถานที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... ไปรษณีย์..... อีเล็คโทรนิคส์..... | เลขที่..... ชื่อสถานที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... ไปรษณีย์..... อีเล็คโทรนิคส์..... | เลขที่..... ชื่อสถานที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... ไปรษณีย์..... อีเล็คโทรนิคส์..... | | |

(ด้านหน้า)



ใบอนุญาตที่.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
อาศัยอำนาจตามความในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528
และ

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540

สภาการพยาบาล
ออกใบอนุญาตนี้ให้แก่

.....
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....
มีสิทธิประกอบวิชาชีพภายใต้บังคับแห่งกฎหมาย และข้อบังคับของสภาการพยาบาล
ออกให้ ณ วันที่..... เดือน..... พุทธศักราช.....
หมดอายุ วันที่..... เดือน..... พุทธศักราช.....

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

เลขาธิการสภาการพยาบาล

.....
นายสภาการพยาบาล

(ด้านหลัง)

ผู้พิมพ์
(.....)

ผู้ตรวจทาน

(.....)

เจ้าหน้าที่ทะเบียนและใบอนุญาต

(.....)



ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

คำขอหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
การพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

ได้รับอนุมัติให้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาล การผดุงครรภ์

การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น.....ใบอนุญาตที่.....

ออกให้วันที่.....หมดอายุวันที่.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่บ้านชื่อ.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ชื่อสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....

ฝ่าย / แผนก / งาน.....เลขที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ซึ่งต้องการให้สภาการพยาบาลติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ปฏิบัติงาน

หรือที่บ้านเลขที่.....หมู่บ้านชื่อ.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....

ขึ้น.....เนื่องจาก.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร และหลักฐานมาพร้อมกับคำขอเพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- (1) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (2) สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต
- (3) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 3 รูป
- (4) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต จำนวน
..... บาท (.....) มาพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว โดย

- ชำระเป็นเงินสดที่สำนักงานสภาการพยาบาล
- ส่งเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)



หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์
หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์

หนังสือฉบับนี้ออกให้เพื่อรับรองว่า คณะกรรมการสภาการพยาบาลได้อนุมัติให้

(นาย/นาง/นางสาว).....

ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....ชั้น.....

และได้รับใบอนุญาตที่.....ออกวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

หมดอายุวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

(.....)

เลขาธิการสภาการพยาบาล

หนังสือรับรองฉบับนี้มีอายุ 90 วันนับแต่วันออก



ทญ.6

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

คำขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

- การพยาบาล ชั้น.....
 การผดุงครรภ์ ชั้น.....
 การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น.....
ต่ออายุครั้งที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)อายุ.....ปี

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่บ้านชื่อ.....

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

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....

ฝ่าย/แผนก/งาน.....เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ซึ่งต้องการให้สภาการพยาบาลติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ปฏิบัติงาน

หรือที่บ้านเลขที่.....หมู่บ้านชื่อ.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

เป็นสมาชิกสามัญสภาการพยาบาล บัตรประจำตัวสมาชิก เลขที่.....

ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

และได้

ชื่นทะเบียนและรับใบอนุญาตเลขที่.....
ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รับการต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่.....หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....
ชั้น.....พร้อมกับคำขอนี้ได้แนบเอกสารและหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- (1) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (2) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก
- (3) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ชั้น.....ประเภท

การพยาบาล การผดุงครรภ์ การพยาบาลและการผดุงครรภ์

(4) เอกสารแสดงหรือรับรองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติ ตามข้อ 15 ในกรณี ดังต่อไปนี้

เป็นผู้ปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ด้านใดด้านหนึ่ง คือ

ด้านบริการ ด้านบริหาร ด้านการศึกษา ด้านวิชาการ ด้านการวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ หรือที่ปรึกษาด้านวิชาการ หรือวิชาชีพ

ออกโดย.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เป็นผู้

ได้รับวุฒิการศึกษาทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์เพิ่มเติม.....

กำลังศึกษาต่อในหลักสูตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ
การพยาบาลและการผดุงครรภ์.....

ออกโดย.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เป็นผู้

ได้รับวุฒิการศึกษาในสาขาอื่นเพิ่มเติม.....

กำลังศึกษาต่อในหลักสูตรสาขาอื่น.....

ออกโดย.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หลักฐานการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ และ/หรือมีส่วนร่วมในการพัฒนาบุคลากร หรือ
พัฒนาวิชาการตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล.....

ออกโดย.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(5) เอกสารแสดงหรือรับรองว่าเป็นผู้ที่ได้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด ในกรณีที่ไม่ได้
ปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามข้อ 16

ออกโดย.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- (6) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากต่างประเทศ กรณีผู้ขอต่ออายุใบอนุญาตสำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศและไม่มีสัญชาติไทย
- (7) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 3 รูป
- (8) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ระบุ.....
.....

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาต จำนวน.....บาท (.....)
มาพร้อมกับคำขอนี้ด้วยแล้ว โดย

- ข้าระเป็นเงินสดที่สำนักงานสภาการพยาบาล
- ส่งเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ด้านหน้า)

ต่ออายุครั้งที่.....



ใบอนุญาตที่.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
อาศัยอำนาจตามความในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528

และ

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540
สภาการพยาบาล

ออกใบอนุญาตนี้ให้แก่

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ..... ชั้น.....
มีสิทธิประกอบวิชาชีพภายใต้บังคับแห่งกฎหมายและข้อบังคับของสภาการพยาบาล
ออกให้ ณ วันที่..... เดือน..... พุทธศักราช.....
หมดอายุ วันที่..... เดือน..... พุทธศักราช.....

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

เลขาธิการสภาการพยาบาล

นายกสภาการพยาบาล

(คำหลัง)

ผู้พิมพ์

(.....)

.....

ผู้ตรวจทาน

(.....)

.....

เจ้าหน้าที่ทะเบียนและใบอนุญาต

(.....)

.....



ทญ.8

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

คำขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

- การพยาบาล ชั้น.....
- การผดุงครรภ์ ชั้น.....
- การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น.....

กรณีใบอนุญาตหมดอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้านชื่อ.....

ครอบครัว..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....

ฝ่าย/แผนกงาน..... เลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ซึ่งต้องการให้สภาการพยาบาลติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ปฏิบัติงาน

หรือที่บ้านเลขที่..... หมู่บ้านชื่อ..... ครอบครัว.....

ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

เป็นสมาชิกสามัญสภาการพยาบาล บัตรประจำตัวสมาชิก เลขที่.....

ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

และได้

ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเลขที่.....

ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รับการต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่..... หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอชี้แจงเหตุผลหรือความจำเป็นที่ไม่ได้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนที่ใบอนุญาต
ที่ได้รับหมดอายุ เนื่องจาก.....
.....
.....
.....
.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....
ชั้น..... โดยข้าพเจ้ามีคุณสมบัติถูกต้อง ครบถ้วนตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วย
การขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาตและการอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบ
วิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและกกรรมผดุงครรภ์ พร้อมกับคำขอนี้ ได้แนบเอกสาร
และหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- (1) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (2) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก
- (3) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่หมดอายุ ชั้น..... ประเภท
 - การพยาบาล
 - การผดุงครรภ์
 - การพยาบาลและการผดุงครรภ์
- (4) เอกสารแสดงหรือรับรองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติ ตามข้อ 15 ในกรณี ดังต่อไปนี้
 - เป็นผู้ปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ด้านใดด้านหนึ่ง คือ
 - ด้านบริการ
 - ด้านบริหาร
 - ด้านการศึกษา
 - ด้านวิชาการ
 - ด้านการวิจัย
 - ผู้ทรงคุณวุฒิ หรือที่ปรึกษาด้านวิชาการ หรือวิชาชีพออกโดย..... ลงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
- เป็นผู้
 - ได้รับวุฒิการศึกษาทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์เพิ่มเติม
 - กำลังศึกษาต่อในหลักสูตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ
การพยาบาลและการผดุงครรภ์ออกโดย..... ลงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
- เป็นผู้
 - ได้รับวุฒิการศึกษาในสาขาอื่นเพิ่มเติม.....
 - กำลังศึกษาต่อในหลักสูตรสาขาอื่น.....ออกโดย..... ลงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

- หลักฐานการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ และ/หรือมีส่วนในการพัฒนาบุคลากร หรือ
พัฒนาวิชาการตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล
- ออกโดย..... ลงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
- (4) เอกสารแสดงหรือรับรองว่าเป็นผู้ที่ได้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด.....
ในกรณีที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามข้อ 16
ออกโดย..... ลงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
- (5) เอกสารแสดง หรือรับรอง (ถ้ามี)
- การชี้แจงเหตุผล หรือความจำเป็น
- การประกอบอาชีพหรือการทำงานระหว่างที่ใบอนุญาตหมดอายุ
- (7) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน 6 เดือน
จำนวน 3 รูป
- (8) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)
- ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมการออกใบอนุญาต จำนวน.....บาท
(.....) มาพร้อมกับคำขอนี้ด้วยแล้ว โดย
- ชำระเป็นเงินสดที่สำนักงานสภาการพยาบาล
- ส่งเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)



ทญ.9

ติดรูปถ่าย
1 รูป

คำขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

- การพยาบาล ชั้น.....
- การผดุงครรภ์ ชั้น.....
- การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น.....

กรณีถูกเพิกถอนใบอนุญาต

ครั้งที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ..... ปี

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้านชื่อ.....

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

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

โทรศัพท์..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....

ฝ่าย/แผนก/งาน..... เลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์..... โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ซึ่งต้องการให้สภาการพยาบาลติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ปฏิบัติงาน

หรือที่บ้านเลขที่..... หมู่บ้านชื่อ..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

เป็นสมาชิกสามัญสภาการพยาบาล บัตรประจำตัวสมาชิก เลขที่.....

ออกเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... หมดอายุวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

และได้

ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเลขที่.....
ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รับการต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่..... หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถูกเพิกถอนใบอนุญาต เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ตามคำสั่งสภาการพยาบาล ที่..... ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัดนี้ ครอบกำหนด

สองปีนับแต่วันที่คำสั่งเพิกถอนใบอนุญาต คือครบกำหนดวันที่.....เดือน.....

พ.ศ.....

ครบหนึ่งปีนับแต่วันที่คณะกรรมการสภาการพยาบาลได้ปฏิเสธการออกใบอนุญาตครั้งแรก
คือ ครบกำหนดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ระหว่างถูกเพิกถอนใบอนุญาต ข้าพเจ้าได้ประกอบอาชีพ หรือทำงาน.....

ณ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....

ชั้น.....เป็นการขออนุญาตครั้งที่..... พร้อมกับคำขอนี้ได้แนบเอกสารและหลักฐานเพื่อ
ประกอบการพิจารณา ดังนี้

(1) สำเนาทะเบียนบ้าน

(2) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก

(3) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ถูกเพิกถอน ชั้น..... ประเภท

การพยาบาล การผดุงครรภ์ การพยาบาลและการผดุงครรภ์

(4) สำเนาคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาต

(5) สำเนาหนังสือที่คณะกรรมการสภาการพยาบาลได้ปฏิเสธการออกใบอนุญาตครั้งแรก
กรณีเป็นการยื่นคำขอรับใบอนุญาตใหม่ครั้งที่สอง

(6) เอกสารแสดง หรือรับรองความประพฤติและการประกอบอาชีพหรือการทำงานระหว่างที่
ใบอนุญาตถูกเพิกถอน ออกโดย.....

(7) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 3 รูป

(8) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ระบุ.....

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมการออกใบอนุญาต จำนวน.....บาท
(.....) มาพร้อมกับการชำระค่าขอด้วยแล้ว โดย

- ชำระเป็นเงินสดที่สำนักงานสภาการพยาบาล
- ส่งเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)



ทญ. 10

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

คำขอใบแทนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์
หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่บ้านชื่อ.....

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

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....

ฝ่าย/แผนก/งาน.....เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ซึ่งต้องการให้สภาการพยาบาลติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ปฏิบัติงาน

หรือที่บ้านเลขที่.....หมู่บ้านชื่อ.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

เป็นสมาชิกสามัญสภาการพยาบาล บัตรประจำตัวสมาชิก เลขที่.....

ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....ชั้น.....

ชั้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเลขที่.....ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอใบแทนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....

ชั้น.....เนื่องจาก.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารและหลักฐานมาพร้อมกับคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- (1) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (2) เอกสาร ดังนี้
 - ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ที่ถูกทำลายในสาระสำคัญ
 - หนังสือรับแจ้งความของพนักงานสอบสวน กรณีสูญหาย
- (3) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตา คำนวณขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 3 รูป
- (4) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมใบแทนใบอนุญาต จำนวน.....บาท (.....)

มาพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว โดย

- ชำระเป็นเงินสดที่สำนักงานสภาการพยาบาล
- ส่งเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)



คำขอเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล เปลี่ยนหรือเพิ่มคำนำหน้าชื่อ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่บ้านชื่อ.....

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

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....

ฝ่าย/แผนก/งาน.....เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ซึ่งต้องการให้สภากาชาดติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ปฏิบัติงาน

หรือที่บ้านเลขที่.....หมู่บ้านชื่อ.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

เป็นสมาชิกสามัญสภากาชาด บัตรประจำตัวสมาชิก เลขที่.....

ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....ชั้น.....

ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเลขที่.....ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้ เปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนชื่อสกุล เปลี่ยน/เพิ่มคำนำหน้าชื่อ อื่น ๆ (ระบุ).....

โดยเปลี่ยนเป็น.....

เนื่องจาก.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้สภาการพยาบาลแก้ไขใบอนุญาตและหลักฐานต่าง ๆ พร้อมทั้งข้าพเจ้าได้แนบเอกสารและหลักฐานมาพร้อมกับคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

1. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
2. สำเนาทะเบียนบ้านที่ปรากฏหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล เปลี่ยนหรือเพิ่มคำนำหน้าชื่อ
3. เอกสาร ดังนี้
 - สำเนาหนังสือสำคัญการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล เปลี่ยนหรือเพิ่มคำนำหน้าชื่อ
 - สำเนาหนังสือสำคัญการจดทะเบียนสมรส (กรณีขอเปลี่ยนชื่อสกุลเพราะการสมรส)
4. สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกที่ได้รับการเปลี่ยนตาม (3)
5. สำเนาเอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมขอเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล เปลี่ยนหรือเพิ่มคำนำหน้าชื่อ จำนวน.....บาท
(.....) มาพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว โดย

- ชำระเป็นเงินสดที่สำนักงานสภาการพยาบาล
- ส่งเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)



ทญ.12

ติดรูปถ่าย

คำขอแปล

- ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์
หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- เอกสารอื่นที่เกี่ยวกับใบอนุญาต
เป็นภาษาอังกฤษ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ/ชื่อสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

ชื่อ/ชื่อสกุล (เป็นภาษาอังกฤษ) (Mr/ Mrs/ Ms.).....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่บ้านชื่อ.....

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

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....

ฝ่าย/แผนก/งาน.....เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ซึ่งต้องการให้สภาการพยาบาลติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ปฏิบัติงาน

หรือที่บ้านเลขที่.....หมู่บ้านชื่อ.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

เป็นสมาชิกสามัญสภาการพยาบาล บัตรประจำตัวสมาชิก เลขที่.....

ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....ชั้น.....

ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเลขที่.....

ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอให้สภาการพยาบาลแปล

- โบอนุญาต
- หนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ และความชำนาญในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์
- เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับใบอนุญาต.....

เป็นภาษาอังกฤษ เนื่องจาก.....

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร และหลักฐานมาพร้อมกับคำขอเพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- (1) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- (2) สำเนาแสดงผลการศึกษาเป็นภาษาอังกฤษ (Transcript)
- (3) สำเนาหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรแสดงความรู้และความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ และการผดุงครรภ์
- (4) สำเนาเอกสารอื่น ๆ
- (5) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 3 รูป
- (6) หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียม

- แปลใบอนุญาต จำนวนบาท (.....)
- แปลเอกสารอื่นที่เกี่ยวกับใบอนุญาต จำนวน.....บาท (.....)

มาพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว โดย

- ชำระเป็นเงินสดที่สำนักงานสภาการพยาบาล
- ส่งเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(Translation)

License No.

By virtue of the authority vested under
The Nursing and Midwifery Professions Act B.E.2528 (1985)
and
The Nursing and Midwifery Professions Act (Vol.2) B.E.2540 (1997)

Thailand Nursing Council
hereby issues the license to

.....

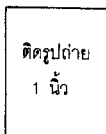
Who has been registered as the
Practitioner in Nursing

With all the rights to practise..... Class.....

Under the provisions of the aforementioned Act
and Thailand Nursing Council Regulations pertaining thereto

The license is issued on the.....day of..... B.E.

The license is expired on the.....day of.....B.E.



(Signed)

Secretary General
Thailand Nursing Council

(Signed)

President
Thailand Nursing Council

Certificate translation

.....
Secretary General

Thailand Nursing Council

Date.....

(Translation)

License No. Renewal

By virtue of the authority vested under
The Nursing and Midwifery Professions Act B.E.2528 (1985)
and
The Nursing and Midwifery Professions Act (Vol.2) B.E.2540 (1997)

Thailand Nursing Council
hereby issues the license to

.....

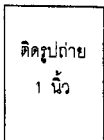
Who has been registered as the
Practitioner in Nursing

With all the rights to practise..... Class.....

Under the provisions of the aforementioned Act
and Thailand Nursing Council Regulations pertaining thereto

The license is issued on the.....day of..... B.E.

The license is expired on the.....day of.....B.E.



(Signed)
Secretary General
Thailand Nursing Council

(Signed)
President
Thailand Nursing Council

Certificate translation

.....
Secretary General

Thailand Nursing Council

Date

License No. (Translation)

By virtue of the authority vested under
The Act for the Control of the Art of Healing B.E. 2479 (1936)
The License is issued to

Who has been registered as

With all the rights to practise the art of healing in the specified
category under the provisions of the aforementioned Act
and the Ministerial Regulations pertaining thereto
The license is issued on the.....day of.....B.E.

(Signed)
for Chairman of the Art of Healing Committee



(Signed)
Secretary - Registra

Certificate translation

.....
Secretary General
Thailand Nursing Council

Date.....

THAILAND NURSING COUNCIL
BANGKOK , THAILAND

Certificate No.

I hereby certified that the name of
is rightfully entered in the Register of Thailand Nursing Council and that the following is the true
translation of the entry in the said Register :-

| Date of Registration | Name | Age | Nationality | Address | Qualifications | License No. | Class Registered |
|----------------------|------|-----|-------------|---------|----------------|-------------|------------------|
| | | | | | | | |

Secretary General
Thailand Nursing Council

Date.....