



แบบฟอร์มขอทำบัตรบัตรประจำตัวผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (MD CARD)

ข้อมูลทั่วไป

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ : * เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน : *

คำนำหน้า : ☐ นพ. ☐ พญ. *

ชื่อ (ภาษาไทย) : * ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) : *

นามสกุล (ภาษาไทย) : * นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) : *

วัน/เดือน/ปี เกิด : *

สถานภาพการสมรส : ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง ☐ หม้าย

ชื่อเดิม : นามสกุลเดิม :

ถ้ามีแนบเอกสารการเปลี่ยนชื่อ-สกุลด้วย

(1) ที่อยู่ตามบัตรประชาชน

สถานที่ : เลขที่ :
หมู่ : ถนน :
ตำบล/แขวง : อำเภอ/เขต :
จังหวัด : รหัสไปรษณีย์ :

(2) ที่อยู่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (โรงพยาบาล-สถานพยาบาล-ที่ทำงาน)

สถานที่ : เลขที่ :
หมู่ : ถนน :
ตำบล/แขวง : อำเภอ/เขต :
จังหวัด : รหัสไปรษณีย์ :
โทรศัพท์(งาน) :

(3) ที่อยู่ติดต่อปัจจุบัน (ส่งไปรษณีย์) ให้ส่งตามที่อยู่ ข้อ (1)..... ข้อ (2)..... หรือ ตามที่กรอกด้านล่างนี้

สถานที่ : เลขที่ :
หมู่ : ถนน :
ตำบล/แขวง : อำเภอ/เขต :
จังหวัด : รหัสไปรษณีย์ :

(4) การติดต่ออื่นๆ

โทรศัพท์(บ้าน) : มือถือ : *
E-mail : * แฟกซ์ :

หมายเหตุ กรุณากรอกข้อมูลให้ครบ,อ่านง่าย,ชัดเจน ,ที่มีเครื่องหมาย *ต้องกรอกมิฉะนั้นจะไม่สามารถออกบัตรได้