

## 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

เลขรับที่ .....	วันที่ .....
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
- ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่จะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- ไม่เป็นผู้วิกลจริต จิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือไม่เป็นโรคที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย
- มีความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพ

- ได้รับการฝึกอบรมจากสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรองโดยมีผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้เป็นผู้ให้การอบรม  
 (ระบุชื่อสถาบันหรือสถานพยาบาล)..... เมื่อพ.ศ. ....
- ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขาการแพทย์แผนไทยจากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง(ระบุชื่อสถาบันการศึกษา)..... เมื่อพ.ศ. ....
- ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์จากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง(ระบุชื่อสถาบันการศึกษา)..... เมื่อพ.ศ. ....
- เป็นผู้ที่ส่วนราชการรับรองความรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย  
 (ระบุชื่อส่วนราชการ)..... เมื่อพ.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 นิ้วแต่งกายสุภาพหน้าตรง ครึ่งตัวท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตา ดำ 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)
สำเนาทะเบียนสำคัญการได้รับอนุมัติให้เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ยศ คำนำหน้านาม การเพิ่มอื่น ๆ				๒(๔)	๒(๕)
สำเนาทะเบียนสมรสกรณีขอเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุลจากการสมรส				๒(๔)	๒(๕)

ลายมือชื่อ ..... ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)