*Oto ๖*

**แบบคำขอต่ออายุประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านโสตวิทยา โสตประสาทวิทยา**

**ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย**

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง ............................................................................... อายุ ................. ปี

สถานที่ปฎิบัติงาน ...................................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ ........................................................ อีเมล ......................................................................

ใบประกอบวิชาชีพ เลขที่ ................................. ได้รับวุฒิบัติ/หนังสืออนุมัติสาขา

( ) โสต ศอ นาสิกวิทยา

( ) อื่นๆ (ระบุ) ..................................................................................... เมื่อ ปี พ.ศ. .......................... และได้รับประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านโสตวิทยา โสตประสาทวิทยา เมื่อ ปี พ.ศ. .......................... และจะหมดอายุในวันที่ ...........................................

มีความประสงค์จะขอต่ออายุใบประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านโสตวิทยา โสตประสาทวิทยา ทั้งนี้ได้แนบพร้อมหลักฐาน ดังนี้

( ) สำเนาใบประกาศนียบัตรฯ (ฉบับที่จะหมดอายุ)

( ) หลักฐานประสบการณ์ด้านโสตวิทยา โสตประสาทวิทยา

( ) หนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาว่าได้ดูแลผู้ป่วยนอกด้านโสตวิทยา โสตประสาทวิทยาไม่น้อยกว่า 200 ราย และ/หรือผ่าตัดผู้ป่วยด้านโสตวิทยา โสตประสาทวิทยา ไม่น้อยกว่า 30 รายใน 5 ปีที่ผ่านมา **หรือ**

( ) หลักฐานแสดงว่าได้เข้าร่วมประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับด้านโสตวิทยา โสตประสาทวิทยาอย่างน้อย 3 ครั้งใน 5 ปี

( ) สำเนาการโอนชำระค่าธรรมเนียมในการต่ออายุ จำนวน 2,000 บาท

ลงชื่อ (ผู้ขอต่ออายุ)

(.................................................................... )

วันที่ ................................................................

*Oto ๗*

**หนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาสำหรับต่ออายุใบประกาศนียบัตรฯ**

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นายแพทย์/แพทย์หญิง ............................................................... ใบประกอบวิชาชีพเลขที่ ........................................ ปฎิบัติงานที่ .............................................................. มีภาระงานดูแลผู้ป่วยนอกด้านโสตวิทยา โสตประสาทวิทยาจำนวน ............... ราย ในช่วงเวลาตั้งแต่ .......................................... **และ/หรือ**ผ่าตัดผู้ป่วยด้านโสตวิทยา โสตประสาทวิทยา จำนวน ................ รายในช่วงเวลาตั้งแต่ ..........................................

ลงชื่อ

(....................................................... )

ตำแหน่ง ..............................................

วันที่ ....................................................

***หมายเหตุ*** *ในกรณีที่ปฏิบัติงานหลายแห่ง ให้ใช้หนังสือรับรองแห่งละ 1 ใบ*