*HN6*

**แบบคำขอต่ออายุประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านศัลยศาสตร์ศีรษะและคอ**

**ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย**

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

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

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

ใบประกอบวิชาชีพ เลขที่ ................................. ได้รับวุฒิบัติ/หนังสืออนุมัติ

สาขา ( ) โสต ศอ นาสิกวิทยา

( ) อื่นๆ (ระบุ) ..................................................................................... เมื่อ ปี พ.ศ. .......................... และได้รับประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านศัลยศาสตร์ศีรษะและคอ เมื่อ ปี พ.ศ. .......................... และจะหมดอายุในวันที่ ...........................................

มีความประสงค์จะขอต่ออายุใบประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านศัลยศาสตร์ศีรษะและคอ ทั้งนี้ได้แนบพร้อมหลักฐาน ดังนี้

( ) สำเนาใบประกาศนียบัตรฯ (ฉบับที่จะหมดอายุ)

( ) หลักฐานประสบการณ์ด้านศัลยศาสตร์ศีรษะและคอ

( ) หนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาว่าได้ผ่าตัดโรคเนื้องอกศีรษะและคอไม่น้อยกว่า

๕๐ รายใน ๕ ปีที่ผ่านมา (HN7) **หรือ**

( ) หลักฐานแสดงว่าได้เข้าร่วมประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโรคเนื้องอกศีรษะและ

คออย่างน้อย ๓ ครั้งใน ๕ ปี

( ) สำเนาการโอนชำระค่าธรรมเนียมในการต่ออายุ จำนวน 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน)

ลงชื่อ (ผู้ขอต่ออายุ)

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

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

*HN7*

**หนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาสำหรับต่ออายุใบประกาศนียบัตรฯ**

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นายแพทย์/แพทย์หญิง ............................................................... ใบประกอบวิชาชีพเลขที่ ........................................ ปฎิบัติงานที่ .............................................................. มีภาระงานผ่าตัดเนื้องอกศีรษะและคอจำนวน ................ รายในช่วงเวลาตั้งแต่ ..........................................

ลงชื่อ

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

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

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

***หมายเหตุ*** *ในกรณีที่ปฏิบัติงานหลายแห่ง ให้ใช้หนังสือรับรองแห่งละ ๑ ใบ*