**Rhino ๖**

**แบบคำขอต่ออายุประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านนาสิกวิทยาและโรคภูมิแพ้**

**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. .......................... และได้รับ ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านนาสิกวิทยาและภูมิแพ้ เมื่อ ปี พ.ศ. .......................... และจะหมดอายุใน วันที่ ........................................... มีความประสงค์จะขอต่ออายุใบประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านนาสิกวิทยาและภูมิแพ้ ทั้งนี้ได้แนบ พร้อมหลักฐาน ดังนี้

( ) สำเนาใบประกาศนียบัตรฯ (ฉบับที่จะหมดอายุ)

( ) หลักฐานประสบการณ์ด้านนาสิกวิทยาและภูมิแพ้

( ) หลักฐานแสดงว่าได้เข้าร่วมประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับด้านนาสิกวิทยา โรคภูมิแพ้และฐานกะโหลกศีรษะอย่างน้อย ๓ ครั้งใน ๕ ปี

( ) หลักฐานแสดงว่าได้เข้าร่วมประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับด้านนาสิกวิทยา โรคภูมิแพ้และฐานกะโหลกศีรษะอย่างน้อย ๑ ครั้งใน ๕ ปี

( ) หนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาว่าได้ดูแลผู้ป่วยนอก ด้านนาสิกวิทยา โรคภูมิแพ้และฐานกะโหลกศีรษะ ไม่น้อยกว่า ๕๐๐ ราย หรือผ่าตัดผู้ป่วยด้านนาสิกวิทยา และโรคภูมิแพ้ไม่น้อยกว่า ๕๐ รายใน ๕ ปีที่ผ่านมา (เอกสารแนบ Rhino ๗)

( ) สำเนาการโอนชำระค่าธรรมเนียมในการต่ออายุจำนวน ๓,๐๐๐ บาท

ลงชื่อ ................................................(ผู้ขอต่ออายุ)

 (…...............................................)

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

**Rhino ๗**

**หนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาสำหรับต่ออายุใบประกาศนียบัตรฯ**

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นายแพทย์/แพทย์หญิง .......................................................................

ใบประกอบวิชาชีพเลขที่ ........................................ ปฎิบัติงานที่ .........................................................................

มีภาระงานดูแลผู้ป่วยนอก ด้านนาสิกวิทยา โรคภูมิแพ้และฐานกะโหลกศีรษะจำนวน .......................... ราย **หรือ**

ผ่าตัดผู้ป่วยด้านนาสิกวิทยา และโรคภูมิแพ้ จำนวน................ราย ในช่วงเวลาตั้งแต่ ..........................................

 ลงชื่อ (..................................................... )

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

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

**หมายเหตุในกรณีที่ปฏิบัติงานหลายแห่ง ให้ใช้หนังสือรับรองแห่งละ ๑ ใบ**