กองตรวจราชการ
เลขรับ 4093
วันที่ ๒๓ พ.ค. ๒๕๖๗
เวลา 12.06

แพทยสภา
The Medical Council of Thailand

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔
เลขที่รับ 2484
วันที่ 27 MA 2567
เวลา 16.21

ที่ พส.๐๑๔/ ว.๕๖๕๖

๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

ห้อง ผตร. เขตสุขภาพที่ ๔
เลขที่รับ 940
วันที่ 23 W.H. 2567
เวลา.....

เรื่อง ประกาศรับสมัครเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ. ๒๕๖๘ - ๒๕๗๐

เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต ๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศคณะอนุกรรมการดำเนินการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ. ๒๕๖๘ – ๒๕๗๐ ที่ ๒/๒๕๖๗ เรื่อง การรับสมัครเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา

ด้วยคณะกรรมการแพทยสภาชุดปัจจุบัน จะหมดวาระลง ในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๘ อาศัยอำนาจตามความในข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภาโดยสมาชิก พ.ศ. ๒๕๖๓ คณะอนุกรรมการดำเนินการเลือกตั้งฯ ได้กำหนด วัน เวลาและวิธีการรับสมัครเข้ารับการเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภา ในวาระ ที่ ๒๕ พ.ศ. ๒๕๖๘ – ๒๕๗๐ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. ของวันจันทร์ที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗ สิ้นสุดรับสมัคร วันพฤหัสบดีที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๖.๓๐ น.

ในการนี้ประธานคณะอนุกรรมการดำเนินการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ. ๒๕๖๘ - ๒๕๗๐ ขอส่งประกาศคณะอนุกรรมการดำเนินการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ.๒๕๖๘ - ๒๕๗๐ ที่ ๒/๒๕๖๗ เรื่อง การรับสมัครเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา มายังท่าน เพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกแพทยสภาในหน่วยงานทราบ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์สุรพจน์ สุวรรณพาณิช)
ประธานคณะอนุกรรมการดำเนินการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา
วาระ พ.ศ. ๒๕๖๘ - ๒๕๗๐

Scan เพื่ออ่านรายละเอียด/ดาวน์โหลดเอกสาร

☐ อนุมัติ/อนุญาต
☐ ลงนามแล้ว
☑ ทราบ
☐ ลงนัด
☑ มอบ COO ประชาสัมพันธ์

(นายภานุวัฒน์ ปานเกตุ)
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
24 W.A. 2567

แพทยสภา : ชั้น 12 อาคารวิชาชีพสุขภาพ 88/19 กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ (Telephone) : 02-590-1886, 089-530-1112 โทรสาร (Fax) : 02-591-8615
12th Floor, Health Professional Building, The Ministry of Public Health, Tiwanond Rd., Muang, Nonthaburi 11000, Thailand. www.tmc.or.th E-mail : tmc@tmc.or.th

ประกาศแพทยสภา
คณะอนุกรรมการดำเนินการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ. ๒๕๖๘ – ๒๕๗๐
ที่ ๒/๒๕๖๗
เรื่อง การรับสมัครเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา

.....

เนื่องจากคณะกรรมการแพทยสภาชุดปัจจุบัน จะหมดวาระลงในวันที่ ๓๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘ อาศัยอำนาจตามความในข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภาโดยสมาชิก พ.ศ. ๒๕๖๓ คณะอนุกรรมการดำเนินการเลือกตั้งฯ จึงขอแจ้งวิธีการรับสมัครเข้ารับการเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภาในวาระ พ.ศ. ๒๕๖๘ – ๒๕๗๐ ดังนี้

ข้อ ๑ ผู้สมัครเข้ารับการเลือกตั้งต้องมีคุณสมบัติ ตามมาตรา ๑๗ แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ คือ

๑.๑ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
๑.๒ เป็นผู้ไม่เคยถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาต
๑.๓ เป็นผู้ไม่เคยถูกศาลสั่งให้เป็นบุคคลล้มละลาย

ข้อ ๒ ให้ผู้สมัครหรือผู้แทนกลุ่มผู้สมัครยื่นใบสมัครรับเลือกตั้งตามแบบที่คณะอนุกรรมการฯ กำหนด ณ สถานที่ และภายในกำหนดระยะเวลาที่ได้ประกาศไว้ โดยดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.tmc.or.th และพิมพ์รายละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับผู้สมัครรับเลือกตั้ง และข้อความที่ต้องการสื่อถึงสมาชิกแพทยสภา **ด้วยอักษรไทยสารบรรณหรืออักษรอังสนา ขนาด ๑๔ ไม่เกิน ๑๕ บรรทัด พร้อมแนบรูปถ่ายสุภาพ หน้าตรง ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๒ x ๒.๕ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ไฟล์ข้อมูลรายละเอียดของผู้สมัคร (แฟลชไดรฟ์ หรือนำส่งมายัง E-mail : pr@tmc.or.th) ภายในวันยื่นใบสมัครรับเลือกตั้งด้วย**

ข้อ ๓ ในกรณีที่ไม่สามารถส่งใบสมัครด้วยตนเองได้

๓.๑ ให้ผู้แทนนำส่งใบสมัครรับเลือกตั้ง พร้อมรายละเอียดตามข้อ ๒ และหนังสือมอบอำนาจตามแบบที่คณะอนุกรรมการดำเนินการเลือกตั้งฯ กำหนด

๓.๒ ส่งใบสมัครรับเลือกตั้งทางไปรษณีย์ ลงทะเบียนแบบตอบรับถึงประธานคณะอนุกรรมการดำเนินการเลือกตั้งฯ

ณ สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา อาคารมหิดลาธิเบศร ชั้น ๑๒
เลขที่ ๘๘/๑๙ ซอยสาธารณสุข ๘ กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ เพียงแห่งเดียว

ข้อ ๔ กำหนดวันและ เวลา รับสมัคร ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. ของวันจันทร์ที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗ สิ้นสุดรับสมัคร วันพฤหัสบดีที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๖.๓๐ น.

หลังพ้นกำหนดการรับสมัครเลือกตั้ง คณะอนุกรรมการดำเนินการเลือกตั้งฯ จะตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สมัคร แล้วแจ้งให้ผู้สมัครทราบผลการตรวจสอบ

ข้อ ๕ คณะอนุกรรมการดำเนินการเลือกตั้งฯ จะดำเนินการ**จัดพิมพ์รายละเอียดของผู้สมัครทุกท่านตามข้อความที่ผู้สมัครส่งมอบให้กับคณะอนุกรรมการดำเนินการเลือกตั้งฯ และจะจัดส่งรายละเอียดดังกล่าวถึงสมาชิกแพทยสภา พร้อมรูปถ่าย** บัตรลงคะแนนเลือกตั้ง และจะแจ้งกำหนดวันที่ เวลา สถานที่ดำเนินการตรวจนับคะแนน ให้ทราบต่อไป

แพทยสภา : ชั้น 12 อาคารมหิดลาธิเบศร ซอยสาธารณสุข 8 กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ (Telephone): 02-590-1888, 065-049-0990 E-mail: am@tmc.or.th
Administration Department: 12th Floor, The Mahitaladhibesra Building, 88/19 Soi 8,
The Ministry of Public Health, Tiwanond Rd., Muang, Nonthaburi 11000, Thailand.

ข้อ ๖ กรรมการแพทยสภาโดยการเลือกตั้งที่จะเลือกตั้งใน วาระ พ.ศ. ๒๕๖๘–๒๕๗๐ มีจำนวน ๓๔ ท่าน

ทั้งนี้ การดำเนินการตามประกาศนี้ให้เป็นอำนาจของคณะอนุกรรมการดำเนินการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ. ๒๕๖๘ – ๒๕๗๐ เป็นผู้วินิจฉัยและคำวินิจฉัยนั้นเป็นที่สิ้นสุด

จึงขอประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายแพทย์สุรพจน์ สุวรรณพานิช)
ประธานคณะอนุกรรมการดำเนินการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา
วาระ พ.ศ. ๒๕๖๘ – ๒๕๗๐

ใบสมัครรับเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภา

วาระที่ ๒๕ (พ.ศ. ๒๕๖๘ – ๒๕๗๐)

<u>ส่วนที่ ๑</u> สำหรับผู้สมัคร

รูปถ่ายขนาด ๒ นิ้ว

(๑) ข้าพเจ้า นพ./พญ. .....

(๒) เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

(๓) ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ เลขที่..... หมู่.....

ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

(๔) ได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

เลขที่ใบอนุญาต..... ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขอสมัครรับเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภา วาระที่ ๒๕ (พ.ศ. ๒๕๖๘ – ๒๕๗๐) พร้อมนี้ได้แนบ

☐ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำ ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

(๕) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติและมีสิทธิสมัครรับเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภา ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.๒๕๒๕ และตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภาโดยสมาชิก พ.ศ ๒๕๖๓

☐ ๑. เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

☐ ๒. ไม่เคยถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาต ฯ

☐ ๓. ไม่เคยถูกศาลสั่งให้เป็นบุคคลล้มละลาย

(๖) ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทยสภาตรวจสอบสถานะบุคคลล้มละลาย

(๗) ข้าพเจ้าต้องการสมัครรับเลือกตั้งเป็นประเภท ☐ สมัครอิสระ ☐ สมัครเป็นทีม (ชื่อทีม).....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

<u>ส่วนที่ ๒</u> สำหรับคณะทำงานรับสมัคร

คณะทำงานรับสมัครได้รับใบสมัครเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภา ของ

นพ./พญ. .....พร้อมหลักฐานครบถ้วนแล้ว เป็นลำดับที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

คณะทำงานรับสมัคร

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....

กรุณาส่งเอกสารนี้เป็นไฟล์ ".docx" ใช้อักษรไทยสารบรรณ หรือ อักษรอังสนา ขนาด ๑๔ มายัง E-mail: pr@tmc.or.th หรือแฟลชไดรฟ์

ข้อมูลผู้สมัครรับเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภา

วาระที่ ๒๕ (พ.ศ. ๒๕๖๘-๒๕๗๐)

นพ./พญ. .....อายุ.....ปี สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้แพทยสภาเผยแพร่ข้อมูลในเอกสารนี้ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อประชาสัมพันธ์การเลือกตั้ง

คุณวุฒิการศึกษา

๑. แพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย.....พ.ศ. .....

๒. .....พ.ศ. .....

๓. .....พ.ศ. .....

๔. .....พ.ศ. .....

๕. .....พ.ศ. .....

หมายเหตุ : ให้แนบหลักฐานคุณวุฒิการศึกษาเป็นไฟล์ PDF มายัง E-mail : pr@tmc.or.th หรือ แฟลชไดรฟ์ ภายในวันยื่นใบสมัครรับเลือกตั้งด้วย หากผู้สมัครไม่แนบเอกสารดังกล่าว และไม่ส่งในรูปแบบไฟล์ .pdf ข้างต้น คณะอนุกรรมการดำเนินการเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา วาระที่ ๒๕ (พ.ศ. ๒๕๖๘-๒๕๗๐) ขอสงวนสิทธิ์ประชาสัมพันธ์เฉพาะเอกสารที่ผู้สมัครได้แนบเป็นหลักฐานและได้ส่งในรูปแบบไฟล์ .pdf ในวันยื่นใบสมัครรับเลือกตั้งเท่านั้น และไม่สามารถยื่นในภายหลังได้

ประสบการณ์การทำงาน (ไม่เกิน ๕ ข้อ/บรรทัด)

๑. .....

๒. .....

๓. .....

๔. .....

๕. .....

นโยบาย (ไม่เกิน ๑๕ บรรทัด)

๑. .....

๒. .....

๓. .....

๔. .....

๕. .....

(ให้ผู้สมัครพิมพ์รายละเอียดเป็นอักษรไทยสารบรรณ หรือ อักษรอังสนา ขนาด ๑๔ ไม่เกิน ๑๕ บรรทัด เกี่ยวกับประสบการณ์และนโยบาย ที่ต้องการสื่อถึงสมาชิกเป็นไฟล์ ".docx" มายัง E-mail : pr@tmc.or.th หรือ แฟลชไดรฟ์ คณะอนุกรรมการดำเนินการเลือกตั้งฯ จะดำเนินการจัดพิมพ์รายละเอียดของผู้สมัครตามข้อความที่ผู้สมัครส่งมอบให้)

ใบมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

วัน/เดือน/ปี-ที่ออกบัตร.....วัน/เดือน/ปี-ที่บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้แทนของข้าพเจ้า ในการดำเนินการ .....

.....

ข้าพเจ้าขอยอมรับผิดชอบตามที่.....ผู้รับมอบอำนาจ

ได้ดำเนินการไป โดยถือเสมือนว่าเป็นการกระทำของข้าพเจ้าเองทุกประการ

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)