

5. หัวหน้าศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน / สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน (Chief of Aero-Medical Center / Aero-Medical Office)
ชื่อ-นามสกุล (Name-Surname) AME / SAME No.
ที่อยู่ (Address) เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์ (Tel.) Fax Email

6. นายแพทย์ผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบรายงานผลการตรวจสุขภาพ (กรณีที่มีนายแพทย์ผู้ตรวจ/นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป)
(Name of designated AME/SAME to verify the medical examination report, if AMO/AMC has two or more AME/SAME)
ชื่อ-นามสกุล (Name-Surname) AME / SAME No.
ที่อยู่ (Address) เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์ (Tel.) Fax Email

7. รายการเอกสารหลักฐานที่แนบมากับคำร้องขอฉบับนี้ (Enclosed herewith)

- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (Copy of hospital or clinic license)
- รายชื่อและเลขที่ใบสำคัญการแต่งตั้งของนายแพทย์ผู้ตรวจ/นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสที่ประจำ (Name and AME/SAME Certification number of AME(s)/SAME(s))
- สำเนาใบสำคัญการแต่งตั้งเป็นนายแพทย์ผู้ตรวจ/นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส ของหัวหน้าศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน หรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน (Chief of AMC/AMO's copy of AME/SAME Certification)
- แผนผังของสถานที่ พร้อมทั้งภาพถ่ายส่วนต่าง ๆ ของสถานที่ (Layout and photo of each area of the AMC/AMO)
- รายการและจำนวนอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจด้านเวชศาสตร์การบิน (List of medical instruments and equipment)
- เอกสารอื่น ๆ ที่พนักงานเจ้าหน้าที่กำหนด (ถ้ามี) (Other documents, if available)

เฉพาะศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน (For Aero-Medical Center only)

- หลักสูตรด้านเวชศาสตร์การบินที่เปิดสอนหรือฝึกอบรม (Aero-Medical Training Course)
- เอกสารแสดงการศึกษา วิจัย และพัฒนาด้านเวชศาสตร์การบิน (Aero-Medical Research Paper)

คำรับรองของผู้ยื่นคำขอ (Declaration by the applicant)
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลรายละเอียดที่ระบุในคำขอและเอกสารต่าง ๆ ที่ยื่นมาพร้อมคำขอนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ (I hereby certify that the information contained herein and in all supporting documentation is true and correct.)
ลายมือชื่อของผู้ยื่นคำขอ วันที่ยื่นคำขอ
(Applicant's Signature) (Date)

เฉพาะเจ้าหน้าที่ใช้ (OFFICIAL USE ONLY)

1. เลขที่คำขอ/..... ผู้รับคำขอ
วันที่รับคำขอ เวลา

2. ความเห็นกลุ่มเวชศาสตร์การบิน
 เห็นควรแต่งตั้ง/แต่งตั้งต่อ ไม่เห็นควรแต่งตั้ง/แต่งตั้งต่อ
หมายเหตุ

ลายมือชื่อของผู้จัดการกลุ่มเวชศาสตร์การบิน วันที่
(Aeromedical Group Manager's Signature) (Date)