



ระเบียบสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย
ว่าด้วยนายแพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส
ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน และสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน
พ.ศ. ๒๕๖๐

เพื่อให้การตรวจเพื่อออกหรือต่ออายุใบสำคัญแพทย์ให้แก่ผู้ขออนุญาตเป็นผู้ประจำหน้าที่
ดำเนินการโดยนายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้อำนวยการกำหนด
และเพื่อให้ผู้ประจำหน้าที่ซึ่งพนักงานเจ้าหน้าที่เห็นว่าหย่อนคุณสมบัติเกี่ยวกับสุขภาพให้รับการทดสอบ
โดยการตรวจทางการแพทย์ และผู้ประจำหน้าที่ในอากาศยานที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเป็นระยะเวลาตั้งแต่
๑๔ วันขึ้นไป จะปฏิบัติหน้าที่ต่อไปได้เมื่อนายแพทย์ที่พนักงานเจ้าหน้าที่กำหนดจะได้ตรวจและออก
ใบรับรองว่าผู้ประจำหน้าที่นั้นได้หายจากการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บและพนักงานเจ้าหน้าที่ได้อนุญาตให้
ผู้ประจำหน้าที่นั้นปฏิบัติหน้าที่ต่อไป อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ มาตรา ๔๗ และมาตรา ๕๐
แห่งพระราชบัญญัติการเดินอากาศ พ.ศ. ๒๔๙๗ และตามข้อ ๔ แห่งข้อบังคับของคณะกรรมการการบิน
พลเรือน ฉบับที่ ๘๙ ว่าด้วยคุณสมบัติของผู้ขออนุญาตเป็นผู้ประจำหน้าที่ ผู้อำนวยการสำนักงานการบิน
พลเรือนแห่งประเทศไทย จึงออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยว่าด้วย
นายแพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนและสถานที่ตรวจเวชศาสตร์
การบินพลเรือน พ.ศ. ๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกระเบียบกรมการบินพลเรือนว่าด้วยนายแพทย์ผู้ตรวจด้านเวชศาสตร์
การบินพลเรือน ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน และสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๗
ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

“นายแพทย์ผู้ตรวจ” (Authorized Medical Examiner – AME) หมายความว่า นายแพทย์
เวชศาสตร์การบินที่ผู้อำนวยการแต่งตั้งให้มีสิทธิตรวจทางแพทย์แก่ผู้ขอต่ออายุใบสำคัญแพทย์ทุกชั้น

“นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส” (Senior Authorized Medical Examiner – SAME)
หมายความว่า นายแพทย์เวชศาสตร์การบินที่ผู้อำนวยการแต่งตั้งให้มีสิทธิตรวจทางแพทย์แก่ผู้ขอรับหรือ
ต่ออายุใบสำคัญแพทย์ทุกชั้น

“นายแพทย์ผู้ตรวจสอบ” (Medical Assessor) หมายความว่า นายแพทย์เวชศาสตร์การบินที่ดำรงความรู้และประสบการณ์ด้านเวชศาสตร์การบินอยู่เสมอ ซึ่งผู้อำนวยการแต่งตั้งให้ทำหน้าที่ตรวจสอบรายงานผลการตรวจสุขภาพ (Medical Examiner Report) ของนายแพทย์ผู้ตรวจและนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุธที่ส่งให้กลุ่มเวชศาสตร์การบิน

“กลุ่มเวชศาสตร์การบิน” (Aeromedical Group - AMG) หมายความว่า กลุ่มเวชศาสตร์การบินสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย

“ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน” (Aeromedical Center - AMC) หมายความว่า โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีนายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุธที่ผู้อำนวยการแต่งตั้งให้ทำการตรวจเพื่อออกหรือตรวจเพื่อต่ออายุใบสำคัญแพทย์ทุกชั้น และจะต้องมีกิจกรรมทางแพทยเวชศาสตร์การบิน ด้านเวชศาสตร์ป้องกัน และเวชศาสตร์การบินคลินิก การศึกษาและฝึกอบรมนิรภัยการบินและวิจัยพัฒนา

“สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน” หมายความว่า โรงพยาบาลที่มีนายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุธที่ผู้อำนวยการแต่งตั้งให้ทำหน้าที่ตรวจเพื่อต่ออายุใบสำคัญแพทย์ทุกชั้น และทำการตรวจเพื่อออกใบสำคัญแพทย์ได้เฉพาะใบสำคัญแพทย์ชั้นสองและชั้นสี่

“ผู้อำนวยการ” หมายความว่า ผู้อำนวยการสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย

ข้อ ๕ ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการแต่งตั้งเป็นนายแพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุธ ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนหรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน จะต้องมีความสมบูรณ์และยื่นคำขอตามแบบแนบท้ายระเบียบนี้ต่อสำนักงาน พร้อมด้วยเอกสารหลักฐาน ดังต่อไปนี้

(๑) นายแพทย์ผู้ตรวจ

(ก) คุณสมบัติ

- ๑) ต้องได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา
- ๒) ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรแพทยเวชศาสตร์การบินที่ผู้อำนวยการรับรอง
- ๓) ต้องมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง
- ๔) ต้องไม่เป็นผู้อยู่ระหว่างถูกพักใช้การแต่งตั้งเป็นนายแพทย์ผู้ตรวจ หรือถูกเพิกถอนการแต่งตั้งเป็นนายแพทย์ผู้ตรวจมายังไม่ครบ ๒ ปี

(ข) เอกสารที่ต้องยื่น

- ๑) สำเนาปริญญาบัตรแพทยศาสตรบัณฑิต
- ๒) สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา
- ๓) สำเนาวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรหลักสูตรแพทยเวชศาสตร์การบินที่ผู้อำนวยการรับรอง หรือสำเนาวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์การบินจากแพทยสภา

๔) ใบรับรองแพทย์

๕) หนังสือยินยอมจากสถานที่ที่จะใช้ทำการตรวจ หากไม่ใช่ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนหรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนที่ผู้อำนวยการแต่งตั้ง จะต้องระบุรายการและจำนวนเครื่องมือที่จะใช้ในการตรวจโดยละเอียดด้วย

๖) เอกสารอื่นตามที่ผู้อำนวยการกำหนด

(๒) นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส

(ก) คุณสมบัติ

- ๑) ต้องได้รับการแต่งตั้งให้เป็นและทำหน้าที่นายแพทย์ผู้ตรวจมาแล้วอย่างน้อย ๕ ปี
- ๒) ต้องได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน
แขนงเวชศาสตร์การบินจากแพทยสภา

๓) ต้องได้รับการอบรมการศึกษาต่อเนื่องด้านเวชศาสตร์การบิน (Continuing Medical Education – CME) ตามที่ผู้อำนวยการกำหนด

๔) ต้องมีประสบการณ์และความคุ้นเคยกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ขอรับการตรวจ
สุขภาพ

๕) ต้องมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง

๖) ต้องไม่เป็นผู้อยู่ระหว่างถูกพักใช้ใบสำคัญการแต่งตั้งเป็นนายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส หรือถูกเพิกถอนใบสำคัญการแต่งตั้งเป็นนายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสมายังไม่ครบ ๒ ปี

เมื่อมีเหตุผลและความจำเป็นผู้อำนวยการอาจพิจารณาหรือยกเว้นคุณสมบัติของ
นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสตามที่กำหนดใน (ก) ได้ตามที่เห็นสมควร

(ข) เอกสารที่ต้องยื่น

๑) สำเนาวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์
การบินจากแพทยสภา

๒) สำเนาเอกสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าได้รับการอบรมศึกษาต่อเนื่องด้านเวชศาสตร์
การบิน (Continuing Medical Education – CME)

๓) สำเนาเอกสารหลักฐานที่แสดงว่าผู้ขอมีประสบการณ์และคุ้นเคยด้านการปฏิบัติ
หน้าที่ของผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

๔) ใบรับรองแพทย์

๕) หนังสือยินยอมจากสถานที่ที่จะใช้ทำการตรวจ หากไม่ใช่ศูนย์เวชศาสตร์
การบินพลเรือนหรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนที่ผู้อำนวยการแต่งตั้ง จะต้องระบุรายการและ
จำนวนเครื่องมือที่จะใช้ในการตรวจโดยละเอียดด้วย

๖) เอกสารอื่นตามที่ผู้อำนวยการกำหนด

(๓) ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน

(ก) คุณสมบัติ

๑) มีสถานพยาบาลที่เหมาะสม

๒) มีนายแพทย์ผู้ตรวจและนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสในจำนวนที่เพียงพอ

๓) มีเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจด้านเวชศาสตร์การบินครบถ้วนเพียงพอในการให้บริการ

๔) เปิดสอนหรือฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์การบิน

๕) ทำการศึกษา วิจัย และพัฒนาทางด้านเวชศาสตร์การบิน

๖) ต้องไม่เป็นผู้อยู่ระหว่างถูกพักใช้ใบสำคัญการแต่งตั้งให้เป็นศูนย์เวชศาสตร์
การบินพลเรือน หรือถูกเพิกถอนใบสำคัญการแต่งตั้งให้เป็นศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนมายังไม่ครบ ๒ ปี

(ข) เอกสารที่ต้องยื่น

๑) สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

๒) สำเนาใบสำคัญการแต่งตั้งเป็นนายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุธของหัวหน้าศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน

๓) รายชื่อนายแพทย์ผู้ตรวจและนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุธประจำที่ปฏิบัติงานอยู่

๔) รายการและจำนวนเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจด้านเวชศาสตร์การบิน

๕) หลักสูตรด้านเวชศาสตร์การบินที่เปิดสอนหรือฝึกอบรม

๖) เอกสารแสดงการศึกษา วิจัย และพัฒนาด้านเวชศาสตร์การบิน

๗) แผนผังพร้อมภาพถ่ายส่วนต่าง ๆ ของสถานที่ทำการ

๘) เอกสารอื่นตามที่ผู้อำนวยการกำหนด

(๔) สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน

(ก) คุณสมบัติ

๑) มีสถานพยาบาลที่เหมาะสม

๒) มีนายแพทย์ผู้ตรวจและนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุธในจำนวนที่เพียงพอ

๓) มีเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจด้านเวชศาสตร์การบินครบถ้วนเพียงพอในการให้บริการ

๔) ต้องไม่เป็นผู้อยู่ระหว่างถูกพักใช้การแต่งตั้งให้เป็นสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนหรือถูกเพิกถอนการแต่งตั้งให้เป็นสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนมายังไม่ครบ ๒ ปี

(ข) เอกสารที่ต้องยื่น

๑) สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

๒) สำเนาใบสำคัญการแต่งตั้งเป็นนายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุธของหัวหน้าสถานที่เวชศาสตร์การบินพลเรือน

๓) รายชื่อนายแพทย์ผู้ตรวจและนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุธประจำที่ปฏิบัติงานอยู่

๔) รายการและจำนวนเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจด้านเวชศาสตร์การบิน

๕) แผนผังพร้อมภาพถ่ายส่วนต่าง ๆ ของสถานที่ทำการ

๖) เอกสารอื่นตามที่ผู้อำนวยการกำหนด

ข้อ ๖ ผู้อำนวยการจะประกาศแต่งตั้งนายแพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุธ ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน และสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน โดยให้มีวาระคราวละ ๓ ปี

ผู้อำนวยการจะออกใบสำคัญการแต่งตั้งนายแพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุธ ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนและสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน ตามแบบแนบท้ายระเบียบนี้ ให้แก่ผู้ได้รับการแต่งตั้ง พร้อมทั้งออกบัตรประจำตัวนายแพทย์ผู้ตรวจและนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุธ ตามแบบแนบท้ายระเบียบนี้ ให้แก่นายแพทย์ผู้ตรวจและนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุธที่ได้รับการแต่งตั้ง

ข้อ ๗ นายแพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนและสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนประสงค์จะขอรับการแต่งตั้งต่อ ให้ยื่นคำขอต่อสำนักงาน ตามแบบแนบท้ายระเบียบนี้ ก่อนครบกำหนดอายุในประกาศแต่งตั้งไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน สำหรับนายแพทย์ผู้ตรวจและนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสให้แนบเอกสารที่แสดงประสบการณ์ด้านเวชศาสตร์การบินเพิ่มเติมจากครั้งก่อน (ถ้ามี) เช่น สำเนารายงานการศึกษา การประชุมทางวิชาการ การดูงาน เป็นต้น พร้อมทั้งเอกสารหลักฐานแสดงการผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรทบทวน (Refresher Training) (ถ้ามี) สำหรับศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนและสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนให้แนบเอกสารแสดงการเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติตาม ข้อ ๕ (๓) หรือ (๔) แล้วแต่กรณี (ถ้ามี) โดยละเอียด

ข้อ ๘ ให้กลุ่มเวชศาสตร์การบินจัดทำบัญชีรายชื่อ นายแพทย์ผู้ตรวจและนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสที่ได้รับการแต่งตั้งตามลำดับเลขที่ โดยระบุสถานที่ตรวจและวันที่ได้รับการแต่งตั้งและวันครบกำหนดอายุการแต่งตั้ง และให้กลุ่มเวชศาสตร์การบินจัดทำบัญชีรายชื่อศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนและสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนพร้อมทั้งวันที่ได้รับการแต่งตั้งและวันครบกำหนดอายุการแต่งตั้งประกาศเพื่อให้บุคคลทั่วไปทราบอย่างน้อยปีละครั้ง

ข้อ ๙ นายแพทย์ผู้ตรวจและนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสมีหน้าที่และข้อห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) ทำการตรวจ ณ สถานที่ที่ผู้อำนวยการกำหนด

(๒) ตรวจทางการแพทย์เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ขอรับการตรวจสุขภาพเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจพร้อมที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่สำนักงานกำหนด และออกไปสำคัญแพทย์ตามสิทธิที่ตนได้รับ

(๓) ส่งรายงานผลการตรวจสุขภาพ (Medical Examiner Report) ที่ตนวินิจฉัยแล้วว่า จะไม่ออกไปสำคัญแพทย์ไปยังกลุ่มเวชศาสตร์การบินเพื่อพิจารณาตามอำนาจหน้าที่

(๔) ส่งสำเนาคำร้องขอตรวจสุขภาพและรายงานผลการตรวจสุขภาพ (Medical Examiner Report) รวมทั้งสำเนาใบสำคัญแพทย์ที่ออกไปยังกลุ่มเวชศาสตร์การบินเป็นรายเดือนโดยไม่ชักช้า

(๕) เก็บรักษาข้อมูลและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนรายงานผลการตรวจสุขภาพ (Medical Examiner Report) ของผู้ขอรับการตรวจสุขภาพทุกรายไว้เป็นความลับ

(๖) คงความรู้และศึกษาเพิ่มเติมทางแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับด้านเวชศาสตร์การบิน

(๗) เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรทบทวน (Refresher Training) ที่จัดโดยกลุ่มเวชศาสตร์การบินหรือโดยหน่วยงานที่ได้รับการรับรองจากผู้อำนวยการ อย่างน้อย ๑ ครั้งภายในระยะเวลา ๔ ปี

(๘) ศึกษาและพัฒนาความรู้ความเข้าใจอย่างละเอียดในกฎ ระเบียบ นโยบาย และขั้นตอนการปฏิบัติของสำนักงานที่เกี่ยวกับการออกไปสำคัญแพทย์ตามที่ผู้อำนวยการกำหนด

(๙) ทำความคุ้นเคยและหาประสบการณ์ด้านการบินและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประจำหน้าที่และเจ้าหน้าที่ประจำอากาศยาน

(๑๐) ห้ามออกไปสำคัญแพทย์ให้แก่ตนเอง

(๑๑) ห้ามทำการตรวจทางการแพทย์ เมื่อไม่มีประสบการณ์ล่าสุดในการทำหน้าที่ตามที่ผู้อำนวยการกำหนด

(๑๒) ปฏิบัติตามหน้าที่และข้อห้ามอื่นตามที่ผู้อำนวยการกำหนด

ข้อ ๑๐ ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนและสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนมีหน้าที่และข้อห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) ควบคุมดูแลให้นายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสปฏิบัติตามหน้าที่หรือข้อห้ามตามที่กำหนดไว้ใน ข้อ ๙

(๒) กำหนดมาตรการและวิธีการรักษาความลับของข้อมูลและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ เช่น บันทึกการตรวจสุขภาพ รายงานผลการตรวจสุขภาพ (Medical Examiner Report) โดยจัดเก็บรักษาข้อมูลและเอกสารไว้ในที่ปลอดภัย และจำกัดการเข้าถึงข้อมูลและเอกสารไว้สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเท่านั้น

(๓) แต่งตั้งนายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสคนหนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบความถูกต้องของรายงานผลการตรวจสุขภาพ (Medical Examiner Report) ของนายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสก่อนส่งรายงานผลการตรวจสุขภาพ (Medical Examiner Report) ให้กลุ่มเวชศาสตร์การบินพร้อมทั้งแจ้งชื่อนายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสที่แต่งตั้งให้กลุ่มเวชศาสตร์การบินทราบ ในกรณีที่ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนหรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนมีนายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสในสังกัดตั้งแต่สองคนขึ้นไป

(๔) จัดให้นายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสในสังกัดเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรทบทวน (Refresher Training) ที่จัดโดยกลุ่มเวชศาสตร์การบินหรือโดยหน่วยงานที่ได้รับการรับรองจากผู้อำนวยความสะดวก

(๕) ปฏิบัติตามหน้าที่และข้อห้ามอื่นตามที่ผู้อำนวยความสะดวกกำหนด

ข้อ ๑๑ ผู้อำนวยความสะดวกอาจพิจารณาพักใช้ เพิกถอน หรือไม่ต่ออายุการแต่งตั้งให้เป็นนายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส เมื่อปรากฏข้อเท็จจริงว่าผู้ได้รับการแต่งตั้งขาดคุณสมบัติตาม ข้อ ๕ หรือฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามหน้าที่หรือข้อห้ามตามที่กำหนดไว้ใน ข้อ ๙

ข้อ ๑๒ ผู้อำนวยความสะดวกอาจพิจารณาพักใช้ เพิกถอน หรือไม่ต่ออายุการแต่งตั้งให้เป็นศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนหรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน เมื่อปรากฏข้อเท็จจริงว่าผู้ได้รับการแต่งตั้งขาดคุณสมบัติตาม ข้อ ๕ หรือฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามหน้าที่และข้อห้ามตามที่กำหนดไว้ใน ข้อ ๑๐

ข้อ ๑๓ ให้ผู้อำนวยความสะดวกแต่งตั้งนายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสที่ดำรงความรู้และประสบการณ์ด้านการบินอยู่เสมอเป็นนายแพทย์ผู้ตรวจสอบ (Medical Assessor) พร้อมออกไปสำคัญการแต่งตั้งและบัตรประจำตัวนายแพทย์ผู้ตรวจสอบ ตามแบบแนบท้ายระเบียบนี้

ให้นายแพทย์ผู้ตรวจสอบทำหน้าที่ตรวจสอบรายงานผลการตรวจสุขภาพ (Medical Examiner Report) ที่นายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสส่งให้กลุ่มเวชศาสตร์การบินว่ามีความถูกต้องครบถ้วนและเป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ รวมทั้งตรวจสอบการฝ่าฝืน หรือไม่ปฏิบัติตามหน้าที่และข้อห้ามของนายแพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน หรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนตามที่กำหนดไว้ใน ข้อ ๙ หรือ ข้อ ๑๐ แล้วแต่กรณี

หากมีข้อเท็จจริงปรากฏแก่นายแพทย์ผู้ตรวจสอบว่านายแพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน หรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามหน้าที่และข้อห้ามตามที่กำหนดไว้ใน ข้อ ๙ หรือ ข้อ ๑๐ แล้วแต่กรณี ให้รายงานผลการตรวจสอบพร้อมความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษรมายังสำนักงาน

ข้อ ๑๔ ให้ใบสำคัญการแต่งตั้งนายแพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุธโส ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนและสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนที่ออกก่อนวันที่ระเบียบนี้มีผลใช้บังคับให้มีผลใช้ได้ต่อไปได้ โดยผู้ได้รับการแต่งตั้งต้องปฏิบัติตามระเบียบนี้ ทั้งนี้ จนวนกว่าใบสำคัญการแต่งตั้งเดิมจะหมดวาระลง

ข้อ ๑๕ ให้ผู้ได้รับแต่งตั้งเป็นนายแพทย์ผู้ตรวจสอบอยู่ก่อนวันที่ระเบียบนี้มีผลใช้บังคับเป็นนายแพทย์ผู้ตรวจสอบตามระเบียบนี้

ข้อ ๑๖ บรรดาคำขอรับการแต่งตั้งที่ได้ยื่นไว้แล้วก่อนระเบียบนี้ใช้บังคับและยังอยู่ระหว่างการพิจารณา ให้ถือว่าคำขอนั้นเป็นคำขอตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐



(นายจุฬา สุขมานพ)

ผู้อำนวยการสำนักงานการการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย

1. <input type="checkbox"/> ขอรับการแต่งตั้งครั้งแรกเป็น (First application for.....) <input type="checkbox"/> ขอรับการแต่งตั้งต่อ (Renewal for.....)																					
<input type="checkbox"/> นายแพทย์ผู้ตรวจ (Authorized Medical Examiner) <input type="checkbox"/> นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส (Senior Authorized Medical Examiner)																					
2. ชื่อผู้ร้องขอ (Name of Applicant) นาย/นาง/น.ส.																					
สัญชาติ (Nationality) อายุ (Age) ปี เลขประจำตัวประชาชน (ID) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					
3. วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth)																					
4. ที่อยู่ของสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้เป็นสถานที่ตรวจ (Address of authorized office)																					
6. โทรศัพท์ (Tel.)																					
บ้าน (Home)																					
ที่ทำงาน (Work)																					
มือถือ (Mobile)																					
7. โทรสาร (Fax)																					
5. วันและเวลาที่อยู่ประจำ (Hours/Weeks at this office)	8. ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (Email Address)																				
9. สถานศึกษาหรือโรงเรียนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษา (University or medical school at which qualified, qualification obtained)																					
10. การศึกษาเพิ่มเติม (Higher qualifications)																					
11. ใบประกอบโรคศิลป์หมายเลข (Registered as a medical practitioner number)	12. สาขาแพทย์ที่เชี่ยวชาญ (Type of practice and/or registered specialty)																				
13. การศึกษาด้านเวชศาสตร์การบิน (Qualification in aviation medicine)																					
14. ประสบการณ์ด้านเวชศาสตร์การบิน (Experience in aviation medicine)	15. สมาชิกของสมาคมเวชศาสตร์การบินหรืออวกาศ (Affiliation(s) in aero/space medical organization)																				
16. ประสบการณ์ด้านการบินและใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่ที่มีหรือเคยมี (Experience in aviation and license held)																					
เลขที่ใบอนุญาต (License number) วันที่มีผลบังคับใช้ถึง (Validity date)																					
ชั่วโมงบิน (Flying hours) ชีตความสามารถ (Rating)																					
ประสบการณ์ผู้ประจำหน้าที่ในอากาศยานอื่น ๆ (Other flight crew experience)																					

17. ร่วมประชุมสัมมนาด้านเวชศาสตร์การบินหรืออวกาศในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา (Attendance of aero/space medicine scientific meeting in the last 3 years)

วันที่ (Date)

องค์กรที่จัดและสถานที่ (Organization/Location)

.....
.....
.....
.....
.....

18. รายการเอกสารหลักฐานที่แนบมากับคำร้องขอสำหรับนายแพทย์ผู้ตรวจ (Enclosed herewith, for AME)

- สำเนาปริญญาบัตรแพทยศาสตรบัณฑิต (Copy of Doctor of Medicine Certificate)
- สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา (Copy of Medical License from The Medical Council of Thailand)
- สำเนาวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์การบินที่สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยรับรอง หรือสำเนาวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์การบินจากแพทยสภา (Copy of Diploma or Certificate in Aviation Medicine Course accredited by CAAT / or Copy of Diploma of The Thai Board of Preventive Medicine, Aviation Medicine accredited by The Medical Council of Thailand)
- ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)
- หนังสือยินยอมจากสถานที่ที่จะใช้ทำการตรวจ หากไม่ใช่ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนหรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนที่ผู้อำนวยการแต่งตั้ง จะต้องระบุรายการและจำนวนเครื่องมือที่จะใช้ในการตรวจโดยละเอียดด้วย (Letter of Consent from the selected clinic/hospital for examination. If it is not the designated AMC/AMO, the equipment list detailed in items description and amount shall be presented)
- เอกสารอื่นตามที่ผู้อำนวยการกำหนด (Other documents, as required by the Director General)

19. รายการเอกสารหลักฐานที่แนบมากับคำร้องขอสำหรับนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส (Enclosed herewith, for SAME)

- สำเนาวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์การบินจากแพทยสภา (Copy of Diploma of The Thai Board of Preventive Medicine, Aviation Medicine accredited by The Medical Council of Thailand)
- สำเนาเอกสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าได้รับการอบรมศึกษาต่อเนื่องด้านเวชศาสตร์การบิน (Copy of certificate or evidence to prove the attendance in the Continuing Medical Education – CME regarding Aviation Medicine)
- สำเนาเอกสารหลักฐานที่แสดงว่ามีประสบการณ์และคุ้นเคยด้านการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ (Copy of evidence representing the experience and familiarity in the duties and work performance of the applicant)
- ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)
- หนังสือยินยอมจากสถานที่ที่จะใช้ทำการตรวจ หากไม่ใช่ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนหรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนที่ผู้อำนวยการแต่งตั้ง จะต้องระบุรายการและจำนวนเครื่องมือที่จะใช้ในการตรวจโดยละเอียดด้วย (Letter of Consent from the selected clinic/hospital for examination. If it is not the designated AMC/AMO, the equipment list detailed in items description and amount shall be presented)
- เอกสารอื่นตามที่ผู้อำนวยการกำหนด (Other documents, as required by the Director General)

คำยืนยันโดยผู้ร้องขอ (Declaration by the applicant)

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขของการได้รับแต่งตั้งเป็นนายแพทย์ผู้ตรวจเวชศาสตร์การบิน และรับผิดชอบในเงื่อนไขเหล่านั้น (I have read the conditions of appointment and I agree these conditions and responsibilities.)

ลายมือชื่อของผู้ร้องขอ วันที่ยื่นคำขอ
(Applicant's Signature) (Date)

เฉพาะเจ้าหน้าที่ใช้ (OFFICIAL USE ONLY)

1. เลขที่คำขอ	/.....	ผู้รับคำขอ
วันที่รับคำขอ	เวลา	
2. ความเห็นกลุ่มเวชศาสตร์การบิน		
<input type="checkbox"/> เห็นควรแต่งตั้ง/แต่งตั้งต่อ	<input type="checkbox"/> ไม่เห็นควรแต่งตั้ง/แต่งตั้งต่อ	
หมายเหตุ		
.....		
ลายมือชื่อของผู้จัดการกลุ่มเวชศาสตร์การบิน	วันที่	
(Aeromedical Group Manager's Signature)	(Date)	

<p>1. <input type="checkbox"/> ขอรับการแต่งตั้งครั้งแรกเป็น (First application for.....) <input type="checkbox"/> ขอรับการแต่งตั้งต่อ (Renewal for.....)</p> <p><input type="checkbox"/> ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน (Civil Aero-Medical Center)</p> <p><input type="checkbox"/> สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน (Civil Aero-Medical Office)</p>																																																														
<p>2. ชื่อผู้ร้องขอ (Name of Applicant)</p> <p><input type="checkbox"/> บุคคลธรรมดา (Person)</p> <p>ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/น.ส. เลขประจำตัวประชาชน (ID) <table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td></tr></table></p> <p>สัญชาติ (Nationality) อายุ (Age) ปี Tel. Fax Email</p> <p>ที่อยู่ (Address) เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน</p> <p>ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์</p> <p><input type="checkbox"/> นิติบุคคล (Juristic Person)</p> <p>ชื่อ (Name) จดทะเบียนเมื่อ (Date of Registration) เลขทะเบียน (Reg. No.)</p> <p>โดย (By) (1) เลขประจำตัวประชาชน (ID) <table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td></tr></table></p> <p>และ (And) (2) เลขประจำตัวประชาชน (ID) <table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td></tr></table></p> <p>เป็นนิติบุคคลประเภท <input type="checkbox"/> บริษัทจำกัด <input type="checkbox"/> บริษัทมหาชนจำกัด <input type="checkbox"/> ห้างหุ้นส่วนจำกัด <input type="checkbox"/> ห้างหุ้นส่วน</p> <p style="padding-left: 40px;">Company Limited Public Company Limited Partnership Limited Partnership</p> <p>ที่อยู่ (Address) เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน</p> <p>ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์</p> <p>โทรศัพท์ (Tel.) Fax Email</p>																																																														
<p>3. ชื่อสถานพยาบาลที่ขอรับการแต่งตั้ง (Name of the Hospital)</p> <p>ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล เลขที่ (License No.) ประเภท (Type)</p> <p>ได้รับเมื่อวันที่ (Valid since) หมดยุติวันที่ (Expiry Date)</p> <p>ที่ตั้ง (Address) เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน</p> <p>ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์</p> <p>โทรศัพท์ (Tel.) Fax Email</p>																																																														
<p>4. รายละเอียดเกี่ยวกับสถานที่ (Details of the hospital)</p> <p><input type="checkbox"/> พื้นที่ซึ่งจัดไว้เป็นสัดส่วนและมีขอบเขตชัดเจนแยกจากพื้นที่อื่นของสถานพยาบาล เนื้อที่รวม ตร.ม. (Space which is proportionally arranged and clearly separated from other areas of the hospital, total area m²)</p> <p><input type="checkbox"/> ส่วนลงทะเบียน (Registration area)</p> <p><input type="checkbox"/> ส่วนนั่งรอซึ่งสามารถรองรับผู้เข้ารับการตรวจได้ประมาณ คน (Waiting area which can serve people)</p> <p><input type="checkbox"/> ห้องตรวจ จำนวน ห้อง ขนาด ตร.ม. (Examination room rooms, Area m²)</p> <p><input type="checkbox"/> อุปกรณ์/เครื่องมือภายในห้องตรวจ ประกอบด้วย (รายละเอียดตามเอกสารแนบ) (Equipment/Device available in the examination room, details described in the attachment)</p> <p><input type="checkbox"/> ห้องทำงานนายแพทย์ผู้ตรวจ/นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสที่ประจำ จำนวน ห้อง (Office of full-time AME/SAME rooms)</p> <p><input type="checkbox"/> ห้องเก็บเอกสาร/ผลการตรวจสุขภาพ/เอกสารสำคัญอื่น ๆ เนื้อที่ ตร.ม. ซึ่งมีระบบการรักษาความปลอดภัยโดย</p> <p>..... (Document/Medical Examination Report/Other Important Document Storage Room, Area m², with the security system detailed as the following))</p> <p><input type="checkbox"/> บุคลากรรับผิดชอบงานด้านธุรการ จำนวน คน (Personnel responsible for administration task people)</p> <p><input type="checkbox"/> บุคลากรอื่น ๆ ได้แก่ (Other personnel)</p> <p><input type="checkbox"/> รายละเอียดอื่น ๆ (ถ้ามี) (Other details, if available)</p>																																																														

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)
- แผนผังพร้อมภาพถ่ายส่วนต่าง ๆ ของสถานที่ทำการ (Layout and photo of each area of the AMC/AMO)
- รายการและจำนวนอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจด้านเวชศาสตร์การบิน (List of medical instruments and equipment)
- เอกสารอื่นตามที่ผู้อำนวยการกำหนด (Other documents, as required by the Director General)

เฉพาะศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน (For Aero-Medical Center only)

- หลักสูตรด้านเวชศาสตร์การบินที่เปิดสอนหรือฝึกอบรม (Aero-Medical Training Course)
- เอกสารแสดงการศึกษา วิจัย และพัฒนาทางด้านเวชศาสตร์การบิน (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)



เลขที่

สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย

ขอมอบใบสำคัญการแต่งตั้งฉบับนี้เพื่อแสดงว่า

เป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ และความชำนาญด้านเวชศาสตร์การบิน จึงแต่งตั้งให้เป็น

นายแพทย์ผู้ตรวจสอบ

ซึ่งมีสิทธิตามระเบียบและวิธีปฏิบัติที่สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยกำหนดเกี่ยวกับการแต่งตั้งนี้

ให้ไว้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ผู้อำนวยการสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย

ผู้จัดการกลุ่มเวชศาสตร์การบิน



เลขที่

สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย

ขอมอบใบสำคัญการแต่งตั้งฉบับนี้เพื่อแสดงว่า

เป็นสถานที่ดำเนินการตรวจ ออกใบสำคัญแพทย์ และดำเนินกิจกรรมด้านเวชศาสตร์การบินพลเรือน จึงแต่งตั้งให้เป็น

ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน

ซึ่งมีสิทธิตามระเบียบและวิธีปฏิบัติที่สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยกำหนดเกี่ยวกับการแต่งตั้งนี้

ให้ไว้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ผู้อำนวยการสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย

ผู้จัดการกลุ่มเวชศาสตร์การบิน



เลขที่

สำนักงานการbinพลเรือนแห่งประเทศไทย

ขอมอบใบสำคัญการแต่งตั้งฉบับนี้เพื่อแสดงว่า

เป็นสถานที่ดำเนินการตรวจและออกใบสำคัญแพทย์ จึงแต่งตั้งให้เป็น

สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การbinพลเรือน

ซึ่งมีสิทธิตามระเบียบและวิธีปฏิบัติที่สำนักงานการbinพลเรือนแห่งประเทศไทยกำหนดเกี่ยวกับการแต่งตั้งนี้

ให้ไว้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ผู้อำนวยการสำนักงานการbinพลเรือนแห่งประเทศไทย

ผู้จัดการกลุ่มเวชศาสตร์การbin



เลขที่

สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย

ขอมอบใบสำคัญการแต่งตั้งฉบับนี้เพื่อแสดงว่า

เป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ และความชำนาญด้านเวชศาสตร์การบิน จึงแต่งตั้งให้เป็น

นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส

ซึ่งมีสิทธิตามระเบียบและวิธีปฏิบัติที่สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยกำหนดเกี่ยวกับการแต่งตั้งนี้

ให้ไว้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ผู้อำนวยการสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย

ผู้จัดการกลุ่มเวชศาสตร์การบิน



เลขที่

สำนักงานการbinพลเรือนแห่งประเทศไทย

ขอมอบใบสำคัญการแต่งตั้งฉบับนี้เพื่อแสดงว่า

เป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ และความชำนาญด้านเวชศาสตร์การbin จึงแต่งตั้งให้เป็น

นายแพทย์ผู้ตรวจ

ซึ่งมีสิทธิตามระเบียบและวิธีปฏิบัติที่สำนักงานการbinพลเรือนแห่งประเทศไทยกำหนดเกี่ยวกับการแต่งตั้งนี้

ให้ไว้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ผู้อำนวยการสำนักงานการbinพลเรือนแห่งประเทศไทย

ผู้จัดการกลุ่มเวชศาสตร์การbin

บัตรประจำตัวนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส



THE CIVIL AVIATION AUTHORITY OF THAILAND

This is to certify that

is designated a

SENIOR AUTHORIZED MEDICAL EXAMINER – SAME

By The Civil Aviation Authority of Thailand for three years



SIGNATURE

Under the familiarization program, this SAME may visit the flight deck with the permission of the PIC at appropriate time.

Issued by

Director General

/ /

SAME No.

EXP. / /

บัตรประจำตัวนายแพทย์ผู้ตรวจ



THE CIVIL AVIATION AUTHORITY OF THAILAND

This is to certify that

is designated an

AUTHORIZED MEDICAL EXAMINER – AME

By The Civil Aviation Authority of Thailand for three years



SIGNATURE

Under the familiarization program, this AME may visit the flight deck with the permission of the PIC at appropriate time.

Issued by

Director General

/ /

AME No.

EXP. / /

บัตรประจำตัวนายแพทย์ผู้ตรวจสอบ



THE CIVIL AVIATION AUTHORITY OF THAILAND

This is to certify that

is designated a

MEDICAL ASSESSOR

By The Civil Aviation Authority of Thailand



SIGNATURE

Under the familiarization program, this Medical Assessor may visit the flight deck with the permission of the PIC at appropriate time.

Issued by

Director General

/ /

Medical Assessor No.