CAAT สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย The Civil Aviation Authority of Thailand	**คำร้องขอรับการแต่งตั้งเป็นแพทย์เวชศาสตร์การบิน** **Application for Authorized Medical Examiner** Form CAAT-AMG-103	ติดรูปถ่าย 1“ 1” photo here

1. ☐ ขอรับการแต่งตั้งครั้งแรกเป็น (First application for.....) ☐ ขอรับการแต่งตั้งต่อ (Renewal for.....)
   ☐ นายแพทย์ผู้ตรวจ (Authorized Medical Examiner)
   ☐ นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส (Senior Authorized Medical Examiner)

2. ชื่อผู้ร้องขอ (Name of Applicant) นาย/นาง/น.ส. .....
   สัญชาติ (Nationality) ..... อายุ (Age) ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน (ID) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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) ..... ขีดความสามารถ (Rating) .....
    ประสบการณ์ผู้ประจำหน้าที่ในอากาศอื่น 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)
- ☐ เอกสารอื่น ๆ ที่พนักงานเจ้าหน้าที่กำหนด (ถ้ามี) (Other documents, if available) .....

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)
- ☐ เอกสารอื่น ๆ ที่พนักงานเจ้าหน้าที่กำหนด (ถ้ามี) (Other documents, if available) .....

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

☐ เห็นควรแต่งตั้ง/แต่งตั้งต่อ ☐ ไม่เห็นควรแต่งตั้ง/แต่งตั้งต่อ

หมายเหตุ .....

.....

ลายมือชื่อของผู้จัดการกลุ่มเวชศาสตร์การบิน ..... วันที่ .....

(Aeromedical Group Manager's Signature) (Date)