


แบบคำร้องขอรับการแต่งตั้งเป็นนายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสแนบท้ายระเบียบสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยว่าด้วยนายแพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน และสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘ ให้ไว้ ณ วันที่ ๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

 <p>CAAT สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย The Civil Aviation Authority of Thailand</p>	<p>คำร้องขอรับการแต่งตั้งเป็นนายแพทย์ผู้ตรวจหรือนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส Application for Authorized Medical Examiner or Senior Authorized Medical Examiner Form CAAT-AMD-103</p>	<p>ติดรูปถ่าย 1" 1" photo here</p>
--	---	--

<p>1. <input type="checkbox"/> ขอรับการแต่งตั้งครั้งแรก (First application for....) <input type="checkbox"/> ขอรับการแต่งตั้งก่อนวันหมดอายุ (Revalidate for....) <input type="checkbox"/> ขอรับการแต่งตั้งต่อ (Renewal for....)</p> <p><input type="checkbox"/> นายแพทย์ผู้ตรวจ (Authorized Medical Examiner)</p> <p><input type="checkbox"/> นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส (Senior Authorized Medical Examiner)</p>																				
<p>2. ชื่อผู้ร้องขอ (Name of Applicant) นาย/นาง/น.ส.</p> <p>สัญชาติ (Nationality) อายุ (Age) ปี 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></tr></table></p>																				
<p>3. วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth: dd/mm/yyyy)</p>																				
<p>4. ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนหรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนที่ปฏิบัติงาน (Address of Aeromedical Center or Aeromedical Office)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>6. โทรศัพท์ (Tel.)</p> <p>บ้าน (Home)</p> <p>มือถือ (Mobile)</p> <p>7. โทรสาร (Fax)</p>																			
<p>5. วันและเวลาที่อยู่ประจำ (Working Hours)</p> <p>.....</p>	<p>8. ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (Email Address)</p> <p>.....</p>																			
<p>9. สถานศึกษาหรือโรงเรียนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษา (University or Medical School at which qualification obtained)</p> <p>.....</p>																				
<p>10. การศึกษาเพิ่มเติม (Higher Education)</p> <p>.....</p>																				
<p>11. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical Practitioner Licence Number)</p> <p>.....</p>	<p>12. สาขาแพทย์ที่เชี่ยวชาญ (Specialty of Medical Practice)</p> <p>.....</p>																			
<p>13. การศึกษาด้านเวชศาสตร์การบิน (Qualification in Aviation Medicine)</p> <p>.....</p>																				
<p>14. ประสบการณ์ด้านเวชศาสตร์การบิน (Experience in Aviation Medicine)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>15. สมาชิกของสมาคมเวชศาสตร์การบินหรืออวกาศ (Members of the Aviation Medicine Association)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																			

16. ประสบการณ์ด้านการบินและใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่ที่มีหรือเคยมี (Experience in Aviation and/or License held)
เลขที่ใบอนุญาต (Licence Number) วันที่มีผลบังคับใช้ถึง (Validity Date)
ชั่วโมงบิน (Flying Hours) ขีดความสามารถ (Rating)
ประสบการณ์ผู้ประจำหน้าที่อื่น ๆ (หากมี) (Other Flight Crew Experience, if any)

17. การร่วมประชุมสัมมนาด้านเวชศาสตร์การบินหรืออวกาศในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา (Participation in Aviation Medicine Conferences/Seminars in the Past 3 Years)

วันที่ (Date: dd/mm/yyyy)	องค์กรที่จัดและสถานที่ (Organization/Location)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

18. รายการเอกสารหลักฐานที่แนบมากับคำร้องขอสำหรับนายแพทย์ผู้ตรวจ (Enclosed herewith, for AME)
- 1. สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Thai National ID Card)
 - 2. สำเนาปริญญาบัตรแพทยศาสตรบัณฑิต (Copy of Doctor of Medicine Diploma)
 - 3. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา (Copy of Medical License from The Medical Council of Thailand)
 - 4. สำเนาวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตร หลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์การบินที่ผู้อำนวยการรับรอง หรือสำเนาวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรหลักสูตรอื่นที่เทียบเท่าที่ผู้อำนวยการยอมรับ หรือสำเนาวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์การบินของแพทยสภา (Copy of Diploma or Certificate in Aviation Medicine Course accredited by the DG / Copy of a diploma or certificate of another equivalent course as accepted by the DG or Copy of Diploma of The Thai Board of Preventive Medicine, Aviation Medicine accredited by The Medical Council of Thailand)
 - 5. ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)
 - 6. หนังสือขอรับการแต่งตั้งนายแพทย์ผู้ตรวจจากศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนหรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนที่ผู้อำนวยการแต่งตั้งที่จะใช้ทำการตรวจ (Letter for the appointment of an Authorized Medical Examiner from Aeromedical Center or Aeromedical Office designated by the DG)
 - 7. สำเนาเอกสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าได้รับการอบรมศึกษาต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกับด้านเวชศาสตร์การบิน (Documents Demonstrating Completion of Continuing Education/Training Related to Aviation Medicine)
 - 8. เอกสารหลักฐานแสดงการผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรทบทวน (Evidence of Completion of Refresher Training)
 - 9. สำเนาเอกสารหลักฐานที่แสดงว่าผู้ขอมีประสบการณ์และคุ้นเคยด้านการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ (Copy of Evidence Representing the Experience and Familiarity in the Duties and Work Performance of the Applicant)
 - 10. เอกสารอื่นตามที่ผู้อำนวยการกำหนด (Other documents)

*กรณีการขอรับการแต่งตั้งต่อ (Renewal) หรือการขอรับการแต่งตั้งก่อนวันหมดอายุ (Revalidate) ให้ดำเนินการยื่นเอกสารเฉพาะข้อ 5. 6. 7. 8. 9. และ 10.

19. รายการเอกสารหลักฐานที่แนบมากับคำร้องขอสำหรับนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส (Enclosed herewith, for SAME)

- 1. สำเนาบัตรประชาชน (Copy of Thai National ID Card)
- 2. สำเนาวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์การบิน ของแพทยสภา หรือหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์การบินชั้นสูงหรือหลักสูตรอื่นที่เทียบเท่าที่ผู้อำนวยการยอมรับหรือรับรอง (Copy of Diploma of The Thai Board of Preventive Medicine, Aviation Medicine accredited by The Medical Council of Thailand or an Advanced Aviation Medicine Course or another equivalent course as accepted or accredited by the DG)
- 3. สำเนาเอกสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าได้รับการอบรมศึกษาต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกับด้านเวชศาสตร์การบิน (Documents Demonstrating Completion of Continuing Education/Training Related to Aviation Medicine)
- 4. สำเนาเอกสารหลักฐานที่แสดงว่ามีประสบการณ์และคุ้นเคยด้านการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ (Copy of evidence representing the experience and familiarity in the duties and work performance of the applicant)
- 5. ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)
- 6. หนังสือขอรับการแต่งตั้งนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสจากศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนหรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนที่ผู้อำนวยการแต่งตั้งที่จะใช้ทำการตรวจ (Letter for the appointment of an Authorized Medical Examiner from Aeromedical Center or Aeromedical Office designated by the DG)
- 7. เอกสารหลักฐานแสดงการผ่านการฝึกอบรบหลักสูตรทบทวน (Evidence of Completion of Refresher Training)
- 8. เอกสารอื่นตามที่ผู้อำนวยการกำหนด (Other documents)

*กรณีการขอรับการแต่งตั้งต่อ (Renewal) หรือการขอรับการแต่งตั้งก่อนวันหมดอายุ (Revalidate) ให้ดำเนินการยื่นเอกสารเฉพาะข้อ 3. 4. 5. 6. 7. และ 8.

คำยืนยันโดยผู้ร้องขอ (Declaration by the Applicant)

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

ลายมือชื่อของผู้ร้องขอ วันที่ยื่นคำขอ
(Applicant's Signature) (Date: dd/mm/yyyy)

เฉพาะเจ้าหน้าที่ใช้ (OFFICIAL USE ONLY)

1. เลขที่คำขอ (Request Number)/..... ผู้รับคำขอ (Application Recipient)
วันที่รับคำขอ (Date of Application Receipt: dd/mm/yyyy) เวลา (Time)

2. ความเห็นฝ่ายมาตรฐานเวชศาสตร์การบิน (AMD Result of Consideration)


- เห็นควรแต่งตั้ง/แต่งตั้งก่อนวันหมดอายุ /แต่งตั้งต่อ (Approved for the Appointment / Revalidate/ Renewal)
- ไม่เห็นควรแต่งตั้ง/แต่งตั้งก่อนวันหมดอายุ /แต่งตั้งต่อ (Not Approved for the Appointment / Revalidate/ Renewal)

หมายเหตุ (Notes)

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

ลายมือชื่อของผู้จัดการฝ่ายมาตรฐานเวชศาสตร์การบิน/นายแพทย์ผู้ตรวจสอบ.....วันที่
(Aeromedical Standards Department Manager's/Medical Assessor Signature) (Date: dd/mm/yyyy)

แบบคำร้องขอรับการแต่งตั้งเป็นศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนหรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนแบบทำระเบียบ
สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยว่าด้วยนายแพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน
และสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘ ให้ไว้ ณ วันที่ ๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

 <p>CAAT สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย The Civil Aviation Authority of Thailand</p>	<p>คำร้องขอรับการแต่งตั้งเป็นศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนหรือสถานที่ตรวจ เวชศาสตร์การบินพลเรือน</p> <p>Application for Aeromedical Center / Aeromedical Office</p> <p>Form CAAT-AMD-202</p>
--	--

<p>1. <input type="checkbox"/> ขอรับการแต่งตั้งครั้งแรก (First application for....) <input type="checkbox"/> ขอรับการแต่งตั้งต่อก่อนวันหมดอายุ (Revalidate for....) <input type="checkbox"/> ขอรับการแต่งตั้งต่อ (Renewal for....)</p> <p><input type="checkbox"/> ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน (Aeromedical Center - AeMC)</p> <p><input type="checkbox"/> สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน (Aeromedical Office - AeMO)</p>																																																												
<p>2. ชื่อผู้ร้องขอ (Name of Applicant)</p> <p><input type="checkbox"/> บุคคลธรรมดา (Person)</p> <p>ชื่อ-นามสกุล (Name-Surname) เลขประจำตัวประชาชน (ID) <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>สัญชาติ (Nationality) อายุ (Age) ปี Tel. Fax Email</p> <p>ที่อยู่ (Address) เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์</p> <p><input type="checkbox"/> นิติบุคคล (Juristic Person)</p> <p>ชื่อ (Name) จดทะเบียนเมื่อ (Date of Registration: dd/mm/yyyy)เลขทะเบียน (Reg. No.)</p> <p>โดย (By) (1) เลขประจำตัวประชาชน (ID) <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>และ (And) (2) เลขประจำตัวประชาชน (ID) <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>เป็นนิติบุคคลประเภท <input type="checkbox"/> บริษัทจำกัด <input type="checkbox"/> บริษัทมหาชนจำกัด <input type="checkbox"/> ห้างหุ้นส่วนจำกัด <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ..... Company Limited Public Company Limited Partnership Limited Others, specify</p> <p>ที่อยู่ (Address) เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน 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) หมดอายุวันที่ (Expiry Date)</p> <p>ที่ตั้ง (Address) เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน 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>																																																												

4. รายละเอียดเกี่ยวกับสถานที่ (Details of the hospital) (ต่อ)

- อุปกรณ์/เครื่องมือภายในห้องตรวจ ประกอบด้วย (รายละเอียดตามเอกสารแนบ)
(Equipment/Device available in the examination room, details described in the attachment)
- ห้องทำงานนายแพทย์ผู้ตรวจ/นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสที่ประจำ จำนวน ห้อง (Office of full-time AME/SAME rooms)
- ห้องเก็บเอกสาร/ผลการตรวจสุขภาพ/เอกสารสำคัญอื่น ๆ เนื้อที่ ตร.ม. ซึ่งมีระบบการรักษาความปลอดภัยโดย
(Document/Medical Examination Report/Other Important Document Storage Room, Area m², with the security system detailed as the following)
- บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านธุรการ จำนวน คน (Personnel responsible for administration task people)
- บุคลากรอื่น ๆ ได้แก่ (Other personnel)
- รายละเอียดอื่น ๆ (ถ้ามี) (Other details, if available)

5. หัวหน้าศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน / สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน (Chief of Aeromedical Center / Aeromedical 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 (Medical Examination Report) ก่อนส่งให้ฝ่ายมาตรฐานเวชศาสตร์การบิน
(Name of designated AME/SAME to verify the medical examination report before submission to Aeromedical Standards Department)

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. รายการเอกสารหลักฐานที่แนบมากับคำร้องฉบับนี้ (Enclosed herewith)

- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ยกเว้นสถานพยาบาลซึ่งดำเนินการโดย
กระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ สภากาชาดไทย และ
สถานพยาบาลอื่นตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (Copy of healthcare facility license)
- รายชื่อและเลขที่ใบสำคัญการแต่งตั้งของนายแพทย์ผู้ตรวจ/นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสที่ปฏิบัติงาน (Name and AME/SAME Certification
number of AME(s)/SAME(s))
- สำเนาใบสำคัญการแต่งตั้งเป็นนายแพทย์ผู้ตรวจ/นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส ของหัวหน้าศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน หรือสถานที่ตรวจ
เวชศาสตร์การบินพลเรือน (Chief of AeMC/AeMO's copy of AME/SAME Certification)
- แผนผังของสถานที่ พร้อมทั้งภาพถ่ายส่วนต่าง ๆ ของสถานที่ทำการ (Layout and photo of each area of the AeMC/AeMO)
- รายการและจำนวนอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจด้านเวชศาสตร์การบิน (List of medical instruments and equipment)
- เอกสารอื่นตามที่ผู้อำนวยการกำหนด (Other documents)
- เฉพาะศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน (For Aeromedical Center only) ให้แนบเอกสารเพิ่มเติมจากรายการข้างต้น ดังนี้
- เอกสารแสดงการดำเนินกิจกรรมวิชาการด้านเวชศาสตร์การบินตามที่ผู้อำนวยการกำหนด (Document demonstrating the Academic
Activities in Aviation Medicine)



คำร้องขอรับการแต่งตั้งเป็นศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนหรือสถานที่ตรวจ
เวชศาสตร์การบินพลเรือน
Application for Aeromedical Center / Aeromedical Office
Form CAAT-AMD-202

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: dd/mm/yyyy)

เฉพาะเจ้าหน้าที่ใช้ (OFFICIAL USE ONLY)

1. เลขที่คำขอ (Request Number)/..... ผู้รับคำขอ (Application Recipient)
วันที่รับคำขอ (Date of Application Receipt: dd/mm/yyyy) เวลา (Time)

2. ความเห็นฝ่ายมาตรฐานเวชศาสตร์การบิน (AMD Result of Consideration)

- เห็นควรแต่งตั้ง/แต่งตั้งก่อนวันหมดอายุ /แต่งตั้งต่อ (Approved for the Appointment / Revalidate/ Renewal)
 ไม่เห็นควรแต่งตั้ง/แต่งตั้งก่อนวันหมดอายุ /แต่งตั้งต่อ (Not Approved for the Appointment / Revalidate/ Renewal)

หมายเหตุ (Notes)

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

ลายมือชื่อของผู้จัดการฝ่ายมาตรฐานเวชศาสตร์การบิน/นายแพทย์ผู้ตรวจสอบ..... วันที่
(Aeromedical Standards Department Manager's/Medical Assessor Signature) (Date: dd/mm/yyyy)

เลขที่
No.



สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย
The Civil Aviation Authority of Thailand

ขอมอบใบสำคัญการแต่งตั้งฉบับนี้เพื่อแสดงว่า
This is to certify that

เป็นสถานที่ดำเนินการตรวจ ออกใบสำคัญแพทย์ และดำเนินกิจกรรมด้านเวชศาสตร์การบินพลเรือน จึงแต่งตั้งให้เป็น
performs medical examinations, issues medical certificates and proceeds activities in aviation medicine and is hereby designated as

ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน
Aeromedical Center (AeMC)

ซึ่งมีสิทธิตามระเบียบและวิธีปฏิบัติที่สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยกำหนดเกี่ยวกับการแต่งตั้งนี้
And holds the rights and privileges according to the relevant regulations.

ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ. มีผลบังคับใช้ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.
Issued on (Date/Month/Year) Valid Until (Date/Month/Year)

ผู้อำนวยการสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย
Director General of The Civil Aviation Authority of Thailand

เลขที่
No.



สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย
The Civil Aviation Authority of Thailand

ขอมอบใบสำคัญการแต่งตั้งฉบับนี้เพื่อแสดงว่า
This is to certify that

เป็นสถานที่ดำเนินการตรวจและออกใบสำคัญแพทย์ จึงแต่งตั้งให้เป็น
performs medical examinations and issues medical certificates and is hereby designated as

สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน
Aeromedical Office (AeMO)

ซึ่งมีสิทธิตามระเบียบและวิธีปฏิบัติที่สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยกำหนดเกี่ยวกับการแต่งตั้งนี้
And holds the rights and privileges according to the relevant regulations.

ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ. มีผลบังคับใช้ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.
Issued on (Date/Month/Year) Valid Until (Date/Month/Year)

ผู้อำนวยการสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย
Director General of The Civil Aviation Authority of Thailand

เลขที่
No.



สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย
The Civil Aviation Authority of Thailand

ขอมอบใบสำคัญการแต่งตั้งฉบับนี้เพื่อแสดงว่า
This is to certify that

เป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ และความชำนาญด้านเวชศาสตร์การบิน จึงแต่งตั้งให้เป็น
possesses knowledge experience and expertise in aviation medicine and is hereby designated as

นายแพทย์ผู้ตรวจ
Authorized Medical Examiner (AME)

ซึ่งมีสิทธิตามระเบียบและวิธีปฏิบัติที่สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยกำหนดเกี่ยวกับการแต่งตั้งนี้
and holds the rights and privileges according to the relevant regulations.

ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.
Issued on (Date/Month/Year)

มีผลบังคับใช้ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.
Valid Until (Date/Month/Year)

ผู้อำนวยการสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย
Director General of The Civil Aviation Authority of Thailand

เลขที่
No.



สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย
The Civil Aviation Authority of Thailand

ขอมอบใบสำคัญการแต่งตั้งฉบับนี้เพื่อแสดงว่า
This is to certify that

เป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ และความชำนาญด้านเวชศาสตร์การบิน จึงแต่งตั้งให้เป็น
possesses knowledge experience and expertise in aviation medicine and is hereby designated as

นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส
Senior Authorized Medical Examiner (SAME)

ซึ่งมีสิทธิตามระเบียบและวิธีปฏิบัติที่สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยกำหนดเกี่ยวกับการแต่งตั้งนี้
and holds the rights and privileges according to the relevant regulations.


ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.
Issued on (Date/Month/Year)

มีผลบังคับใช้ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.
Valid Until (Date/Month/Year)

ผู้อำนวยการสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย
Director General of The Civil Aviation Authority of Thailand


แบบบัตรประจำตัวนายแพทย์ผู้ตรวจแบบท้ายระเบียบสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยว่าด้วยนายแพทย์ผู้ตรวจ
นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน และสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘
ให้ไว้ ณ วันที่ ๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

บัตรประจำตัวนายแพทย์ผู้ตรวจ
Credential of AME

	
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	
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>	
_____ 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. / /

แบบบัตรประจำตัวนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสแนบท้ายระเบียบสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยว่าด้วยนายแพทย์ผู้ตรวจ
นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน และสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๘
ให้ไว้ ณ วันที่ ๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

บัตรประจำตัวนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส Credential of SAME

	
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	
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>	
_____ 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. / /