

1. ขอรับการแต่งตั้งครั้งแรก (First application for....) ขอรับการแต่งตั้งก่อนวันหมดอายุ (Revalidate for....) ขอรับการแต่งตั้งต่อ (Renewal for....)
- ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน (Aeromedical Center - AeMC)
- สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน (Aeromedical Office - AeMO)

2. ชื่อผู้ร้องขอ (Name of Applicant)

- บุคคลธรรมดา (Person)

ชื่อ-นามสกุล (Name-Surname) เลขประจำตัวประชาชน (ID)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สัญชาติ (Nationality) อายุ (Age) ปี Tel. Fax Email

ที่อยู่ (Address) เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

- นิติบุคคล (Juristic Person)

ชื่อ (Name) จดทะเบียนเมื่อ (Date of Registration: dd/mm/yyyy) เลขทะเบียน (Reg. No.)

โดย (By) (1) เลขประจำตัวประชาชน (ID)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (And) (2) เลขประจำตัวประชาชน (ID)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นนิติบุคคลประเภท บริษัทจำกัด บริษัทมหาชนจำกัด ห้างหุ้นส่วนจำกัด อื่น ๆ โปรดระบุ.....

Company Limited Public Company Limited Partnership Limited Others, specify

ที่อยู่ (Address) เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ (Tel.) Fax Email

3. ชื่อสถานพยาบาลที่ขอรับการแต่งตั้ง (Name of the Hospital)

ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล เลขที่ (License No.) ประเภท (Type)

ได้รับเมื่อวันที่ (Valid since) หมดอายุวันที่ (Expiry Date)

ที่ตั้ง (Address) เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ (Tel.) Fax Email

4. รายละเอียดเกี่ยวกับสถานที่ (Details of the hospital)

- พื้นที่ซึ่งจัดไว้เป็นสัดส่วนและมีขอบเขตชัดเจนแยกจากพื้นที่อื่นของสถานพยาบาล เนื้อที่รวม ตร.ม.

(Space which is proportionally arranged and clearly separated from other areas of the hospital, total area m²)

- ส่วนลงทะเบียน (Registration area)

- ส่วนนั่งรอซึ่งสามารถรองรับผู้เข้ารับการตรวจได้ประมาณ คน (Waiting area which can serve people)

- ห้องตรวจ จำนวน ห้อง ขนาด ตร.ม. (Examination room rooms, Area m²)

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 (Copy of healthcare facility license)
 - รายชื่อและเลขที่ใบสำคัญการแต่งตั้งของนายแพทย์ผู้ตรวจ/นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสที่ปฏิบัติงาน (Name and AME/SAME Certification number of AME(s)/SAME(s))
 - สำเนาใบสำคัญการแต่งตั้งเป็นนายแพทย์ผู้ตรวจ/นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส ของหัวหน้าศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน หรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน (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)
 - เอกสารแสดงการดำเนินกิจกรรมด้านเวชศาสตร์การบินตามที่คู่มือกำหนด (Document demonstrating the conduct of aviation medical activities as specified in the manual)
- 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)