

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> ขอรับการแต่งตั้งครั้งแรก (First application for....) <input type="checkbox"/> ขอรับการแต่งตั้งก่อนวันหมดอายุ (Revalidate for....) <input type="checkbox"/> ขอรับการแต่งตั้งต่อ (Renewal for....)<br><input type="checkbox"/> นายแพทย์ผู้ตรวจ (Authorized Medical Examiner)<br><input type="checkbox"/> นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส (Senior Authorized Medical Examiner) |                                                                                              |
| 2. ชื่อผู้ร้องขอ (Name of Applicant) นาย/นาง/น.ส. ....<br>สัญชาติ (Nationality) ..... อายุ (Age) ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน (ID) .....                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                              |
| 3. วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth: dd/mm/yyyy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                              |
| 4. ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนหรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบิน<br>พลเรือนที่ปฏิบัติงาน<br>(Address of Aeromedical Center or Aeromedical Office)                                                                                                                                                                                                                                                 | 6. โทรศัพท์ (Tel.)<br>บ้าน (Home) .....<br>มือถือ (Mobile) .....<br>7. โทรสาร (Fax) .....    |
| 5. วันและเวลาที่อยู่ประจำ (Working Hours)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 8. ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (Email Address)                                                    |
| 9. สถานศึกษาหรือโรงเรียนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษา (University or Medical School at which qualification obtained)                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                              |
| 10. การศึกษาเพิ่มเติม (Higher Education)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                              |
| 11. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม<br>(Medical Practitioner Licence Number)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 12. สาขาแพทย์ที่เชี่ยวชาญ<br>(Specialty of Medical Practice)                                 |
| 13. การศึกษาด้านเวชศาสตร์การบิน (Qualification in Aviation Medicine)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                              |
| 14. ประสบการณ์ด้านเวชศาสตร์การบิน<br>(Experience in Aviation Medicine)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 15. สมาชิกของสมาคมเวชศาสตร์การบินหรืออวกาศ<br>(Members of the Aviation Medicine Association) |
| 16. ประสบการณ์ด้านการบินและใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่มีหรือเคยมี (Experience in Aviation and/or License held)<br>เลขที่ใบอนุญาต (Licence Number) ..... วันที่มีผลบังคับใช้ถึง (Validity Date) .....<br>ชั่วโมงบิน (Flying Hours) ..... ชีตความสามารถ (Rating) .....<br>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. สำเนาปริญญาบัตรแพทยศาสตรบัณฑิต (Copy of Doctor of Medicine Diploma)
- ☐ 2. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา (Copy of Medical License from The Medical Council of Thailand)
- ☐ 3. 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)
- ☐ 4. ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)
- ☐ 5. หนังสือขอรับการแต่งตั้งนายแพทย์ผู้ตรวจจากศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนหรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนที่ผู้อำนวยการแต่งตั้งที่จะใช้ทำการตรวจ (Letter for the appointment of an Authorized Medical Examiner from Aeromedical Center or Aeromedical Office designated by the DG)
- ☐ 6. สำเนาเอกสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าได้รับการอบรมศึกษาต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกับด้านเวชศาสตร์การบิน (Documents Demonstrating Completion of Continuing Education/Training Related to Aviation Medicine)
- ☐ 7. เอกสารหลักฐานแสดงการผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรทบทวน (Evidence of Completion of Refresher Training)
- ☐ 8. สำเนาเอกสารหลักฐานที่แสดงว่าผู้ขอมีประสบการณ์และคุ้นเคยด้านการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ (Copy of Evidence Representing the Experience and Familiarity in the Duties and Work Performance of the Applicant)
- ☐ 9. เอกสารอื่นตามที่ผู้อำนวยการกำหนด (Other documents) .....

\*กรณีการขอรับการแต่งตั้งต่อ (Renewal) หรือการขอรับการแต่งตั้งต่อก่อนวันหมดอายุ (Revalidate) ให้ดำเนินการยื่นเอกสารเฉพาะข้อ 4. 5. 6. 7. 8. และ 9.

19. รายการเอกสารหลักฐานที่แนบมากับคำร้องขอสำหรับนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส (Enclosed herewith, for SAME)

- ☐ 1. สำเนาฉบับจริงหรือฉบับคัดลอกเป็นหลักฐานความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์การบิน ของ แพทยสภา หรือหลักสูตรแพทยเวชศาสตร์การบินชั้นสูงหรือหลักสูตรอื่นที่เทียบเท่าที่ผู้อำนวยการยอมรับหรือรับรอง (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)
- ☐ 2. สำเนาเอกสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าได้รับการอบรมศึกษาต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกับด้านเวชศาสตร์การบิน (Documents Demonstrating Completion of Continuing Education/Training Related to Aviation Medicine)
- ☐ 3. สำเนาเอกสารหลักฐานที่แสดงว่ามีประสบการณ์และคุ้นเคยด้านการปฏิบัติงานหน้าที่ของผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ (Copy of evidence representing the experience and familiarity in the duties and work performance of the applicant)
- ☐ 4. ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)
- ☐ 5. หนังสือขอรับการแต่งตั้งนายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโสจากศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือนหรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือนที่ ผู้อำนวยการแต่งตั้งให้ใช้ทำการตรวจ (Letter for the appointment of an Authorized Medical Examiner from Aeromedical Center or Aeromedical Office designated by the DG)
- ☐ 6. เอกสารหลักฐานแสดงการผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรทบทวน (Evidence of Completion of Refresher Training)
- ☐ 7. เอกสารอื่นตามที่ผู้อำนวยการกำหนด (Other documents) .....

\*กรณีการขอรับการแต่งตั้งต่อ (Renewal) หรือการขอรับการแต่งตั้งก่อนวันหมดอายุ (Revalidate) ให้ดำเนินการยื่นเอกสารเฉพาะข้อ 2. 3. 4. 5. 6. และ 7.

#### 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)