

ประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขากายอุปกรณ์
ที่ ๑/๒๕๕๙
เรื่อง การรับสมัครและการสอบความรู้ฯ ประจำปี ๒๕๕๙

.....

ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๓๒ และมาตรา ๓๓ (๖) ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้บุคคลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขากายอุปกรณ์จะต้องสอบผ่านความรู้ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขากายอุปกรณ์กำหนดเพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาดังกล่าวต่อไปนั้น

คณะกรรมการวิชาชีพสาขากายอุปกรณ์ จึงออกประกาศคณะกรรมการวิชาชีพ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการรับสมัครและการสอบความรู้สำหรับบุคคลเพื่อสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายอุปกรณ์ ประจำปี ๒๕๕๙ ไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ <u>คุณสมบัติและความรู้ในวิชาชีพของผู้มีสิทธิสอบขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ</u>

ผู้มีสิทธิสอบเพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายอุปกรณ์ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๐ และมาตรา ๓๓ (๖) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๖ ดังนี้

๑.๑ มีอายุไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์

๑.๒ เป็นผู้มีความรู้ในวิชาชีพตามมาตรา ๓๓ (๖) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๖ ดังนี้ ต้องมีความรู้ในวิชาชีพ คือเป็นผู้ได้รับปริญญา หรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขากายอุปกรณ์จากสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขากายอุปกรณ์รับรอง

๑.๓ ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าอาจจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

๑.๔ ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ

๑.๕ ไม่เป็นโรคที่คณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนดว่าไม่สมควรให้ประกอบโรคศิลปะ

๑.๖ ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

ข้อ ๒ <u>หลักฐานประกอบการรับสมัคร</u>

๒.๑ คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายอุปกรณ์และลงลายมือชื่อผู้ขอขึ้นทะเบียนฯ จำนวน ๑ ชุด (ตามแบบ กอ.๑)

๒.๒ รูปถ่ายหน้าตรง ท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป (ไม่ใช้ภาพถ่ายชนิดโพลารอยด์)

๒.๓ หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพเพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ (ตามแบบที่กำหนด)

๒.๔ สำเนาภาพถ่ายทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ (ต้องรับรองสำเนาด้วย)

๒.๕ สำเนาภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ (ต้องรับรองสำเนาด้วย)

๒.๖ สำเนาภาพถ่ายใบปริญญาบัตรสาขากายอุปกรณ์ หรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขากายอุปกรณ์ หรือหนังสือรับรองการสำเร็จการศึกษาจากสภามหาวิทยาลัยฉบับจริง จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๗ สำเนาหลักฐานอื่น ๆ ที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าจำเป็น เช่น ใบรายงานผลการศึกษา หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล, ทะเบียนสมรส, หนังสือแต่งตั้งยศ เป็นต้น

๒.๘ เอกสารประกอบการรับสมัครสอบขึ้นทะเบียนฯ ต้องยื่นใหม่ทุกครั้ง และเอกสารทุกฉบับต้องนำตัวจริงมาแสดงด้วย เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบหลักฐาน

ข้อ ๓ วันรับสมัครสอบ ให้ยื่นคำร้องขอด้วยตนเอง ดังนี้

๓.๑ ณ สำนักงานบริการธุรกิจสุขภาพ ชั้น ๑ อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ถนนสาธารณสุข ๘ กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ระหว่างวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ในวันและเวลาราชการ (๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.) หรือสอบถามได้ที่ โทรศัพท์ ๒๑๙๓ ๗๐๓๙

๓.๒ ให้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครสอบตามที่กำหนดในข้อ ๒ พร้อมชำระเงินค่าธรรมเนียมสอบ จำนวน ๑,๐๕๐ บาท

๓.๓ ให้แนบซองจดหมายยาว (ขนาด ๒๓X๑๑ ซม.) ติดแสตมป์ ๕ บาท จำนวน ๑ ซอง และ ๓๐ บาท จำนวน ๑ ซอง พร้อมจ่าหน้าซองถึงตัวท่านเองให้ครบถ้วนและกรอกข้อความลงในใบตอบรับในประเทศ

ข้อ ๔ การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบ

ตั้งแต่วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๕๙ เป็นต้นไป ณ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะหรือเว็บไซต์สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ www.mrd.go.th (ไม่แจ้งทางโทรศัพท์และไม่แจ้งเป็นรายบุคคล)

ข้อ ๕ การอนุญาตให้เข้าห้องสอบ ผู้เข้าสอบต้องมีหลักฐานเกี่ยวกับการยื่นคำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ และต้องแสดงใบเสร็จรับเงิน หากกรณีใบเสร็จรับเงินหายต้องมีใบแจ้งความเรื่องใบเสร็จรับเงินหายพร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชาชน หากลืมใบเสร็จรับเงินหรือไม่สามารถนำใบเสร็จรับเงินมาแสดงจะไม่อนุญาตให้เข้าห้องสอบ เว้นแต่คณะกรรมการอำนวยการสอบจะพิจารณาเห็นควรอนุญาต หากภายหลังปรากฏว่าผู้เข้าสอบแจ้งข้อความอันเป็นเท็จอาจถูกดำเนินคดีอาญาได้

ข้อ ๖ วันและเวลาสอบ

ในวันศุกร์ที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๑ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ชั้น ๔ อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ถนนสาธารณสุข ๘ กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

ข้อ ๗ เอกสารและอุปกรณ์ที่ต้องนำมาในวันสอบ

๗.๑ บัตรประจำตัวประชาชน

๗.๒ ใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมการสอบ ประจำปี ๒๕๕๙

๗.๓ อุปกรณ์ที่ใช้ในการสอบ ได้แก่ ดินสอดำชนิด ๒B, ยางลบดินสอ, ปากกาสีน้ำเงิน

ข้อ ๘ วิชาที่สอบ

๘.๑ หมวดวิชาชีพกายอุปกรณ์

๘.๒ หมวดวิชากฎหมาย

เวลา	หมวดวิชา	เนื้อหาวิชา	คะแนน
๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น.	วิชาชีพ กายอุปกรณ์	- กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา - ชีวกลศาสตร์ - การประเมินผู้พิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ - กายอุปกรณ์เสริมและกายอุปกรณ์เทียม - อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ รถเข็น อุปกรณ์ช่วยเดิน รองเท้า	๑๕๐คะแนน (๑๕๐ ข้อ)
๑๓.๐๐-๑๔.๓๐ น.	วิชากฎหมาย	- พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ - พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่๔) พ.ศ. ๒๕๕๖ - พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ - พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๕๕ - พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ - ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพของผู้ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๕๙	๕๐ คะแนน (๕๐ ข้อ)

ข้อ ๙ เกณฑ์การตัดสิน

๙.๑ การสอบผ่าน

ผู้เข้าสอบต้องสอบได้คะแนนไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ ทุกหมวดวิชา จึงจะถือว่าสอบผ่าน

๙.๒ การเก็บคะแนนสำหรับผู้สอบผ่านเฉพาะบางหมวดวิชา

ผู้สอบได้คะแนนในหมวดวิชาใดตั้งแต่ ร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป สามารถเก็บคะแนนในวิชานั้นได้ โดยผู้เข้าสอบจะต้องสอบในหมวดวิชาที่เหลือในการสอบครั้งต่อไปได้อีก ๒ ครั้งติดต่อกัน และหากยังสอบไม่ผ่านทุกหมวดวิชาที่เหลือ ให้ถือว่าการเก็บคะแนนนั้นเป็นอันสิ้นสุดลง และจะต้องเริ่มต้นสอบใหม่ทุกหมวดวิชา

ข้อ ๑๐ การประกาศผลสอบ

ในวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๙ ที่สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ และเว็บไซต์สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ www.mrd.go.th (ไม่แจ้งผลสอบทางโทรศัพท์)

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(นายเทอดชัย ชีวะเกตุ)

ประธานกรรมการวิชาชีพสาขากายอุปกรณ์

เลขที่..... วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง

กอ.1

คำร้องขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายอุปกรณ์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า(นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....

เดือน.....พ.ศ. ..... สัญชาติ..... เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

เลขหนังสือเดินทางของบุคคลต่างด้าว □□□□□□□□□□□□□

อยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ อยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

2. มีความรู้ในวิชาชีพโดยได้รับการศึกษาและได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาหรือได้รับประกาศนียบัตรต่ำกว่าปริญญาสาขากายอุปกรณ์ จาก.....เมื่อ พ.ศ. .....

3. เคยได้รับอนุญาตได้ประกอบโรคศิลปะ สาขา.....

ประเภท.....จากประเทศ.....เมื่อ พ.ศ. .....

4. ประสงค์ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากายอุปกรณ์

5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- □ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งสร้างความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- □ ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- □ ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ

6. ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- □ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือสำเนาบัตรพนักงานของรัฐ กรณีเป็นคนต่างด้าวต้องมีหนังสือเดินทางหรือเอกสารคนต่างด้าว
- □ สำเนาทะเบียนบ้าน หรือหลักฐานแสดงถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยกรณีเป็นคนต่างด้าว
- □ สำเนาใบรายงานผลการศึกษา หรือ สำเนาใบปริญญาบัตรหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา หรือหนังสือรับรองการสำเร็จการศึกษาจากสภามหาวิทยาลัยฉบับจริง
- □ หนังสือแสดงผลการสอบผ่านความรู้จากคณะกรรมการวิชาชีพ(ถ้ามี)
- □ หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพเพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
- □ ภาพถ่ายขนาด 1 นิ้ว แต่งกายสุภาพ หน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 3 ภาพ (ต้องไม่เป็นภาพถ่ายโพลาลอยด์)
- □ สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะจากต่างประเทศสำหรับผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ ซึ่งมิได้มีสัญชาติไทย
- □ หลักฐานอื่น ๆ(ถ้ามี).....

ภาพถ่าย ขนาด 1 นิ้ว

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

คณะกรรมการวิชาชีพสาขารังสีเทคนิค ได้ออกใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....ทะเบียนใบอนุญาตเลขที่.....

ผู้ลงนามใบอนุญาต

( ) ( )

กรรมการและเลขานุการ ประธานกรรมการวิชาชีพ

หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ
เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

เขียนที่.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

ผู้ประกอบวิชาเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ได้ทำการตรวจร่างกาย(นาย/นาง/นางสาว).....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว

ส่วนที่ 1

นาย/นาง/นางสาว.....ปราศจากโรค ดังต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม

(4) โรคพิษสุราเรื้อรัง

ส่วนที่ 2

กรณีที่แพทย์ตรวจพบโรคอื่น ๆซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการประกอบโรคศิลปะ

(โปรดระบุ).....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

ตัวอย่าง

ด้านหน้า –

ไปรษณีย์ไทย THAILAND POST

ป.133 ก.

ใบตอบรับในประเทศ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

☐ รับรอง ☐ ลงทะเบียน

☐ ธนาณัติ ☐ รับประกัน

☐ พัสดุไปรษณีย์ ☐ Logispost

ผนึกเลขหมาย R ป.177

กรุณากรอกชื่อที่อยู่ของผู้ฝากส่งในช่องด้านหน้า รวมทั้งกรอกชื่อที่อยู่ของผู้รับและอื่นๆ ในช่องด้านหลัง

ชื่อและที่อยู่ของผู้ฝากส่ง

สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี

๑๑๐๐๐

☐☐☐☐☐

ด้านหลัง

ผู้สมัครสอบกรอบข้อมูลในช่องชื่อและที่อยู่ของผู้รับด้านหลัง เท่านั้น

ชื่อและที่อยู่ของผู้รับ

ชื่อ นางสาวรัชวย มหาศาล

ที่อยู่ ๑๑/๑ ม. ๑ ถ. ศรีสาครวัฒ ต. เมือง

จ. นนทบุรี

รหัสไปรษณีย์ 1 1 0 0 0

ฝากส่ง ณ ที่ทำการไปรษณีย์ กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ ____ เดือน ____ พ.ศ. ____

1.

ตราประจำวัน ของที่ทำการรับฝาก

ช่องนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่ของสิ่งของที่ขอใบตอบรับ

คำตอบรับของผู้รับ ได้รับสิ่งของตามที่แจ้งไว้ข้างต้นเรียบร้อยแล้ว

เมื่อวันที่ ____ เดือน ____ พ.ศ. ____ เวลา ____ น.

ลงชื่อผู้รับหรือผู้รับแทน ____

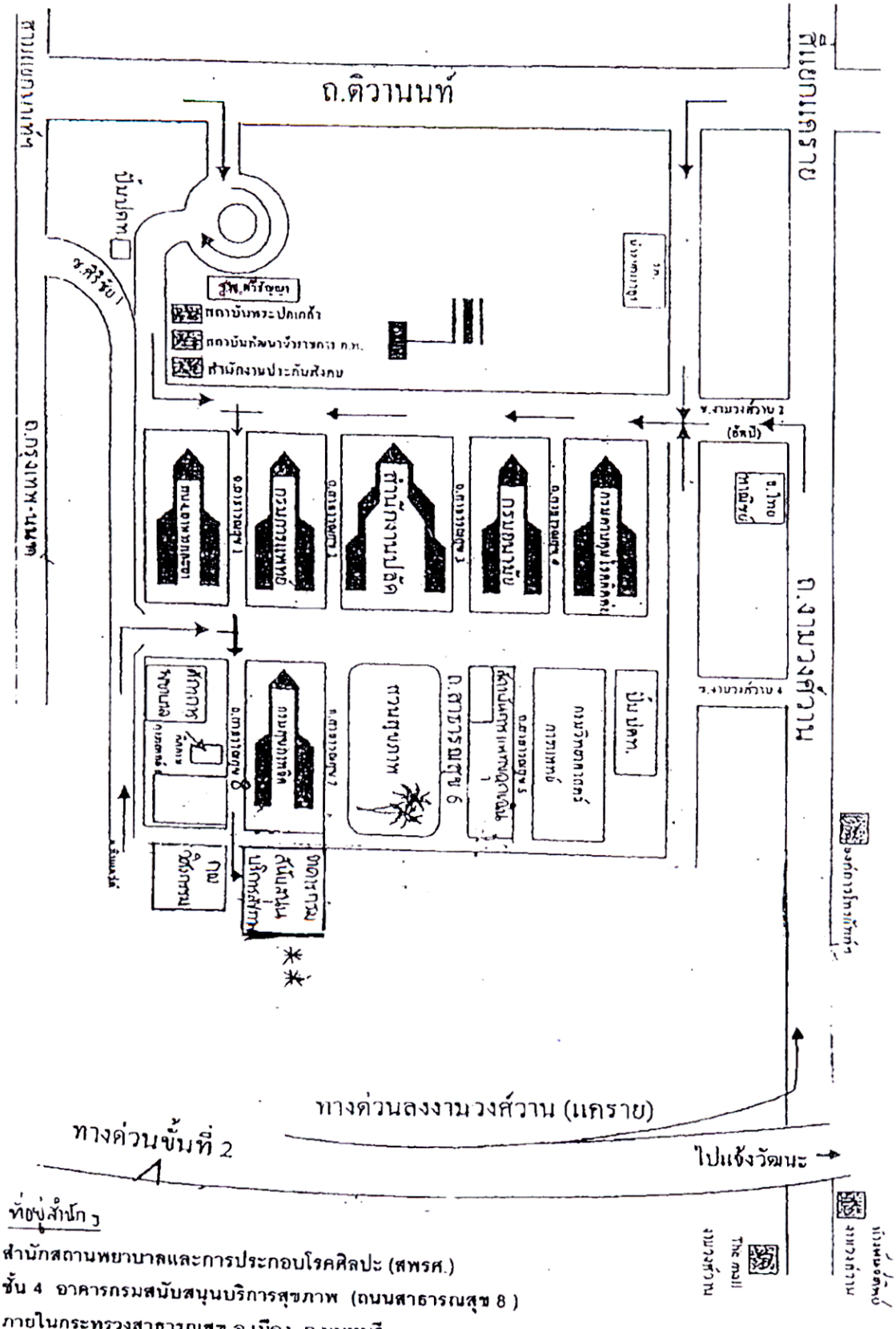
ผู้รับแทนชื่อ ____

เกี่ยวพันกับผู้รับโดยเป็น ____

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้นำจ่าย ____

2.

ตราประจำวัน ของที่ทำการที่ส่งคืนผู้ฝาก



ที่ตั้งสำนัก ๓

สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (สพรศ.)

ชั้น 4 อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ถนนสาธารณสุข 8)

ภายในกระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี

โทร.02-1937000 ต่อ 18413

สถานที่สัมภาษณ์

ห้องประชุม ชั้น 9 อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ถ.สาธารณสุข 8)

ภายในกระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี

โทร.02-1937000 ต่อ 18413