



คำขอแปล

- ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- เอกสารอื่นที่เกี่ยวกับใบอนุญาตเป็นภาษาอังกฤษ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ/ชื่อสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

ชื่อ/ชื่อสกุล (เป็นภาษาอังกฤษ) (Mr./Miss/ Mrs./ Ms.)

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่บ้านชื่อ.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ที่อยู่ ตามทะเบียนบ้าน(กรุณากรอกเป็นภาษาอังกฤษให้ชัดเจน)

.....

สถานที่ซึ่งต้องการให้สภาการพยาบาลติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ปฏิบัติงาน หรือ บ้านเลขที่

หมู่ที่.....หมู่บ้านชื่อ.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นสมาชิกสามัญสภาการพยาบาลบัตรประจำตัวสมาชิกเลขที่.....

ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....ชั้น.....

ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเลขที่.....

ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอให้สภาการพยาบาลแปล

- ใบอนุญาต
- หนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ และความสามารถในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับใบอนุญาต.....
เป็นภาษาอังกฤษ เนื่องจาก.....

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร และหลักฐานมาพร้อมกับคำขอเพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- (1) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- (2) สำเนาแสดงผลการศึกษาเป็นภาษาอังกฤษ (Transcript)
- (3) สำเนาหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรแสดงความรู้และความสามารถในการประกอบวิชาชีพและการผดุงครรภ์
- (4) สำเนาเอกสารอื่น ๆ
- (5) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัวไม่สวมแว่นตาคำ ขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 3 รูป
- (6) หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียม

- แปลใบอนุญาต จำนวน 200 บาท/ฉบับ จำนวน.....บาท
- กรอกข้อความจำนวน 200 บาท/ฉบับ จำนวน.....บาท (กรณีมีแบบฟอร์ม จาก ต่างประเทศ)
- รับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 50 บาท/ชุด จำนวน.....บาท
- แปลเอกสารอื่นที่เกี่ยวกับใบอนุญาต จำนวน.....บาท
- ค่าธรรมเนียมการจัดส่ง ต่างประเทศ จำนวน.....บาท

มาพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว โดย

- ชำระเป็นเงินสด ณ สำนักงานสภาการพยาบาล
- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขาอยุธยากระทรวงสาธารณสุข ชื่อบัญชีสภาการพยาบาล โดยชำระผ่านระบบ Teller payment/ Company Code = MDSTNC ท่านจะได้รับ Slip จากธนาคารให้จัดส่งมาพร้อมคำขอและหลักฐานนี้ด้วย

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)