



ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย

เรื่อง การต่ออายุใบประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านโสตและโสตประสาทวิทยา ปี ๒๕๖๙

จากข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๖๐ กำหนดให้ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมมีอายุตามที่กำหนดไว้ในเกณฑ์หลักสูตรฯ แต่ไม่เกิน ๕ ปี และให้ต่ออายุได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในเกณฑ์หลักสูตรฯ นั้น ทางอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ได้มีมติกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการต่ออายุประกาศนียบัตรฯ ดังนี้

คุณสมบัติผู้ขอต่ออายุ

เป็นผู้ที่ได้รับประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านโสตวิทยา โสตประสาทวิทยา ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย และประกาศนียบัตรฯ **ต้องยังไม่หมดอายุ ณ วันที่ยื่นเรื่องขอต่ออายุ**
ขั้นตอนการขอต่ออายุ

๑. เอกสารประกอบการขอต่ออายุ

- แบบคำขอต่ออายุประกาศนียบัตรฯ
- สำเนาประกาศนียบัตรฯ ที่จะหมดอายุ
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานของแพทย์ลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของสถาบัน (ตามตัวอย่าง)
- หลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - หนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาว่าได้ดูแลผู้ป่วยนอกด้านโสตวิทยา โสตประสาทวิทยาไม่น้อยกว่า ๒๐๐ ราย และ/หรือผ่าตัดผู้ป่วยด้านโสตวิทยา โสตประสาทวิทยา ไม่น้อยกว่า ๓๐ รายใน ๕ ปีที่ผ่านมา **หรือ**
 - หลักฐานแสดงว่าได้เข้าร่วมประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับด้านโสตวิทยา โสตประสาทวิทยา อย่างน้อย ๓ ครั้งใน ๕ ปี

๒. ส่งเอกสารต่ออายุประกาศนียบัตรไปที่ อาจารย์แพทย์หญิง นิธิมา ฉายะโอภาส อนุกรรมการและเลขานุการอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ด้านโสตวิทยา และโสตประสาทวิทยา ที่อีเมล nichch@kku.ac.th

๓. การชำระค่าธรรมเนียมในการต่ออายุ จำนวน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) โดยโอนไปที่ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ ๓๔๐-๒๐๑๑-๗๔๔ ชื่อบัญชี “แพทยสภา” (ให้โอนหลังจากได้รับการอนุมัติจากแพทยสภาแล้วว่าให้ต่ออายุประกาศนียบัตรได้) และส่งหลักฐานการชำระเงินไปที่อีเมล rcotsecretariat@gmail.com

กำหนดเวลาในการขอต่ออายุ

ให้แจ้งความประสงค์และยื่นเอกสารภายในวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙

แพทย์หญิงสมจินต์ จินตาวิจักษณ์

เลขาธิการราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย

ตัวอย่างหนังสือรับรองการปฏิบัติงานของแพทย์ ด้านต่างๆ

ที่...../.....

คณะแพทยศาสตร์ / โรงพยาบาล.....

ที่อยู่หน่วยงาน

คณะแพทยศาสตร์ / โรงพยาบาล ขอรับรองว่า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....
แพทย์ใบอนุญาต..... สังกัด ได้ปฏิบัติงานด้าน

ที่คณะแพทยศาสตร์ / โรงพยาบาล เริ่มปฏิบัติงานวันที่..... จนถึงปัจจุบัน

ให้ไว้ ณ วันที่

(ลงนามโดยคณบดี / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)