

แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลสมาชิกทันตแพทยสภา
เพื่อใช้ในการปรับปรุงข้อมูลสมาชิกให้เป็นปัจจุบัน

ขอความกรุณาตอบทุกข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.ชื่อ.....นามสกุล..... (ชื่อเดิม.....นามสกุลเดิม.....)
- 2.เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....เลขที่ใบอนุญาต.....
- 3.ค่านำหน้าชื่อ มีโปรตระกูล
 ไม่มี
- 4.เกิด เมื่อ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
- 5.สถานภาพ โสด คู่ หม้าย หย่า แยก
- 6.เพศ ชาย หญิง
- 7.นับถือศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ โปรดระบุ.....
- 8.ที่อยู่ทะเบียน เลขที่อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์
- 9.ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์
- 10.โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์เคลื่อนที่
- 11.E-mail address
- 12.Line ID
- 13.หมู่เลือด A B AB O

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการศึกษา

14.สำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จากประเทศปี พ.ศ.

15.สำเร็จการศึกษาหลังปริญญา สาขาที่เกี่ยวข้องกับทันตแพทยศาสตร

- ไม่มี
- มี ได้แก่
- ประกาศนียบัตรบัณฑิต (Post grad) หลักสูตร 1 ปี สาขา.....
จาก.....ประเทศปี พ.ศ.
- ปริญญาโท สาขา
จาก.....ประเทศปี พ.ศ.
- ปริญญาเอก สาขา
จาก.....ประเทศปี พ.ศ.
- วุฒิบัตร สาขา
จาก.....ประเทศปี พ.ศ.
- อนุมัติบัตร สาขา
จาก.....ประเทศปี พ.ศ.
- อื่น ๆ
จาก.....ประเทศปี พ.ศ.

ถ้ามีมากกว่า 1 สาขา กรุณากรอกข้อมูลด้วย.....
.....

16.สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีอื่นที่ไม่ใช่ทันตแพทยศาสตร

- ไม่มี
- มี ชื่อปริญญา
จาก.....ประเทศปี พ.ศ.

ถ้ามีมากกว่า 1 ปริญญา กรุณากรอกข้อมูลด้วย.....
.....
.....

17.สำเร็จการศึกษาที่สูงกว่าปริญญาตรีในสาขาอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับทันตแพทยศาสตร

- ไม่มี
- มี ชื่อปริญญา
จาก.....ประเทศปี พ.ศ.

ถ้ามีมากกว่า 1 ปริญญา กรุณากรอกข้อมูลด้วย.....
.....
.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการทำงาน

18. การปฏิบัติงานด้านทันตแพทย์ในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 แห่ง ถ้ามี)

- ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านทันตแพทย์แล้ว
- รับราชการที่.....
- รัฐวิสาหกิจ ชื่อ
- โรงพยาบาลเอกชน ชื่อ
- คลินิกส่วนตัว ชื่อ.....
- คลินิกเอกชนของคนอื่น ชื่อ.....
- อื่น ๆโปรดระบุ

19. การปฏิบัติงานอาชีพอื่นที่ไม่ใช่ด้านทันตแพทย์

- ไม่มี
- มี สาขา.....
ชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน.....

20. ที่อยู่ของสถานที่ทำงานหลัก ชื่อคลินิก/หน่วยงาน..... เลขที่อาคาร..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน

21. ที่อยู่ที่ต้องการให้ทันตแพทย์สภาคัดต่อ

- ที่บ้าน
- ที่ทำงาน
- อื่น ๆ โปรดระบุ