



คำขอชำระค่าธรรมเนียมการสมัครสอบ  
เพื่อประเมินความสามารถทางด้านทักษะคลินิกทันตกรรม

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) .....อายุ.....ปี  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....  
ที่อยู่ซึ่งต้องการให้ทันตแพทยสภาติดต่อ เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....  
ตรอก/ซอย..... ถนน ..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ .....อีเมล.....  
สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา .....ประเทศ.....

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิสอบเพื่อประเมินความสามารถทางด้านทักษะคลินิกทันตกรรม ตามประกาศ  
ศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม ที่...../  
ลงวันที่.....และมีความประสงค์จะขอชำระค่าธรรมเนียมการสมัครสอบเพื่อประเมิน  
ความสามารถทางด้านทักษะคลินิกทันตกรรม เป็นจำนวนเงิน 120,000 บาท (หนึ่งแสนสองหมื่นบาทถ้วน)  
ต่อทันตแพทยสภา

วิธีการชำระเงิน

- ชำระโดยเงินสด ณ สำนักงานเลขาธิการทันตแพทยสภา
- โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี ทันตแพทยสภา สาขา กระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์  
บัญชีเลขที่ 142-1-01142-5 พร้อมแนบหลักฐานการชำระเงิน

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) .....

(.....)