|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | เลขที่รับ  วันที่  ลงชื่อ ผู้รับคำขอ |

# **แบบคำขอหนังสือรับรองมาตรฐานการให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์**

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..........................................................................ตำแหน่ง ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล..........................................................................................................................

มีความประสงค์ขอรับรองมาตรฐานการให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ โดยมีข้อมูลการดำเนินการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ดังนี้

1. **ข้อมูลสถานพยาบาล**

ชื่อสถานพยาบาล……………………………………………………..……………………………………………………..............................................

ที่ตั้ง.................…………………………………….…………………............. อาคาร……………….………………….………...................................

เลขที่ …………...................................... ซอย/ตรอก …………………….…........................... ถนน ..…..……..……………..................... ตำบล/แขวง ……………..…….……............... อำเภอ/เขต …..………….……...…......…..…..... จังหวัด ………….……………………….......รหัสไปรษณีย์ ………..………… โทรศัพท์ …….……………..…….… โทรสาร………………………………   
Email: ……………………………………......................................

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล .....................................................................................................................

1. **ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล**

ชื่อ–สกุล ……………………………………………………………………………………………………….………….................................................

หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ ………......…..................…...................................

อายุ …….…. ปี สัญชาติ …………….........…… อยู่บ้านเลขที่ ……....…........ หมู่ที่ ……..... ซอย/ตรอก …………...…..….…….……….

ถนน …………….…….......……..……… ตำบล/แขวง ..………….…................….……….. อำเภอ/เขต ……………...............……….………

จังหวัด …………….............…..……. รหัสไปรษณีย์ ………...............….. มือถือ ..................................................

E-mail: ………..…………..…...................................................

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.......................................................….……………................................…......................

ออกให้ ณ วันที่……………………………………………………………………………………….……..................................................................

🖵 วุฒิบัตร 🖵 หนังสืออนุมัติ 🖵 หนังสือรับรอง

สาขา/อนุสาขา ……………………………..………………………..……………......................…………… พ.ศ. ………………...................…......

เลขที่ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล .....................................................................................................................

1. **แพทย์ผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ต้องรับผิดชอบการให้บริการในสถานพยาบาลได้ไม่เกิน 1 แห่ง และมีคุณสมบัติตามประกาศแพทยสภา ที่ 95 (1)/2558)**

ชื่อ–สกุล ……………………………………………………………………………………………………….………….................................................

หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ ………......…..................…...................................

อายุ …….…. ปี สัญชาติ …………….........…… อยู่บ้านเลขที่ ……....…........ หมู่ที่ ……..... ซอย/ตรอก …………...…..….…….……….

ถนน …………….…….......……..……… ตำบล/แขวง ..………….…................….……….. อำเภอ/เขต ……………...............……….………

จังหวัด …………….............…..……. รหัสไปรษณีย์ ………...............….. มือถือ ..................................................

E-mail: ………..…………..…...................................................

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.......................................................….……………......................................................…

ออกให้ ณ วันที่……………………………………………………………………………………….……..................................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิบัตร 🖵 หนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พ.ศ. ..................................................................

สถาบันที่ฝึกอบรม ......................................................................................................................................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิบัตร 🖵 หนังสืออนุมัติ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พ.ศ. .................................................................

จากสถาบัน .....................................................................................................................................................................

ได้รับ 🖵 หนังสือรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา ......................................................................................................................

สถาบันที่ฝึกอบรม .....................................................................................................................................................................

ได้รับ 🖵 ประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองจากราชวิทยาลัยฯ

1. **องค์ประกอบของบุคลากรเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์** 
   1. **แพทย์ผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์** (รายละเอียดตามข้อ 3)
   2. **แพทย์ผู้ให้การดูแลรักษา**
      1. **สูตินรีแพทย์** (ให้ระบุชื่อแพทย์ทุกคน)

1) ชื่อ –สกุล …………………………….…………………………………….….......………………………..............................................

หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ ………......…..................…...............

อายุ …..……. ปี สัญชาติ ……………............…… อยู่บ้านเลขที่…............…….. หมู่ที่……... ซอย/ตรอก ……………..…….………

ถนน …………….…...……......……… ตำบล/แขวง ..…………................….……….. อำเภอ/เขต ……………..............……….……….

จังหวัด ………………..........……. รหัสไปรษณีย์ ……..........…….. มือถือ ............................................

E-mail: …………................................................………..……..

สำเร็จแพทยศาสตร์บัณฑิต พ.ศ. ……….............…… สถาบัน ……………………………………………...……....................………......

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม..................................................……….……………..............................................…

ออกให้ ณ วันที่……………………………………………………………………………………….……............................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิบัตร 🖵 หนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พ.ศ. ..................................................................

สถาบันที่ฝึกอบรม ...............................................................................................................................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิบัตร 🖵 หนังสืออนุมัติ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พ.ศ. ...............................................................

จากสถาบัน .........................................................................................................................................................................

ได้รับ 🖵 ประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองจากราชวิทยาลัยฯ

ได้รับ 🖵 วุฒิอื่นซึ่งได้รับการรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา ..............................................................................................

สถาบันที่ฝึกอบรม .............................................................................................................................................................

🖵 เป็นสูตินรีแพทย์ซึ่งอยู่ในระหว่างการศึกษาอบรมหลักสูตรแพทย์ต่อยอดอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ของแพทยสภา

2) ชื่อ – สกุล…………………………………....………………………………….……….......…………………..............................................

หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ ………......…..................…...............

อายุ …..……. ปี สัญชาติ ……………............…… อยู่บ้านเลขที่…............…….. หมู่ที่……... ซอย/ตรอก ……………..…….………

ถนน …………….…...……......……… ตำบล/แขวง ..…………................….……….. อำเภอ/เขต ……………..............……….……….

จังหวัด ………………..........……. รหัสไปรษณีย์ ……..........…….. มือถือ ............................................

E-mail: …………................................................………..……..

สำเร็จแพทยศาสตร์บัณฑิต พ.ศ. ……….............…… สถาบัน ……………………………………………...……....................………......

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม..................................................……….……………..............................................…

ออกให้ ณ วันที่……………………………………………………………………………………….……............................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิบัตร 🖵 หนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พ.ศ. ..................................................................

สถาบันที่ฝึกอบรม ...............................................................................................................................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิบัตร 🖵 หนังสืออนุมัติ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พ.ศ. ...............................................................

จากสถาบัน .........................................................................................................................................................................ได้รับ 🖵 ประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองจากราชวิทยาลัยฯ

ได้รับ 🖵 วุฒิอื่นซึ่งได้รับการรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา ..................................................................................

สถาบันที่ฝึกอบรม ...............................................................................................................................................

🖵 เป็นสูตินรีแพทย์ซึ่งอยู่ในระหว่างการศึกษาอบรมหลักสูตรแพทย์ต่อยอดอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ของแพทยสภา

3) ชื่อ – สกุล…………………….......…....…………………………………………….…………………………..............................................

หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ ………......…..................…...............

อายุ …..……. ปี สัญชาติ ……………............…… อยู่บ้านเลขที่…............…….. หมู่ที่……... ซอย/ตรอก ……………..…….………

ถนน …………….…...……......……… ตำบล/แขวง ..…………................….……….. อำเภอ/เขต ……………..............……….……….

จังหวัด ………………..........……. รหัสไปรษณีย์ ……..........…….. มือถือ ............................................

E-mail: …………................................................………..……..

สำเร็จแพทยศาสตร์บัณฑิต พ.ศ. ……….............…… สถาบัน ……………………………………………...……....................………......

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม..................................................……….……………..............................................…

ออกให้ ณ วันที่……………………………………………………………………………………….……............................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิบัตร 🖵 หนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พ.ศ. ..................................................................

สถาบันที่ฝึกอบรม ...............................................................................................................................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิบัตร 🖵 หนังสืออนุมัติ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พ.ศ. ...............................................................

จากสถาบัน .........................................................................................................................................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิอื่นซึ่งได้รับการรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา ..................................................................................

สถาบันที่ฝึกอบรม ...............................................................................................................................................

🖵 เป็นสูตินรีแพทย์ซึ่งอยู่ในระหว่างการศึกษาอบรมหลักสูตรแพทย์ต่อยอดอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ของแพทยสภา

4) ชื่อ – สกุล…………………….......…....…………………………………………….…………………………..............................................

หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ ………......…..................…...............

อายุ …..……. ปี สัญชาติ ……………............…… อยู่บ้านเลขที่…............…….. หมู่ที่……... ซอย/ตรอก ……………..…….………

ถนน …………….…...……......……… ตำบล/แขวง ..…………................….……….. อำเภอ/เขต ……………..............……….……….

จังหวัด ………………..........……. รหัสไปรษณีย์ ……..........…….. มือถือ ............................................

E-mail: …………................................................………..……..

สำเร็จแพทยศาสตร์บัณฑิต พ.ศ. ……….............…… สถาบัน ……………………………………………...……....................………......

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม..................................................……….……………..............................................…

ออกให้ ณ วันที่……………………………………………………………………………………….……............................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิบัตร 🖵 หนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พ.ศ. ..................................................................

สถาบันที่ฝึกอบรม ...............................................................................................................................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิบัตร 🖵 หนังสืออนุมัติ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พ.ศ. ...............................................................

จากสถาบัน .........................................................................................................................................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิอื่นซึ่งได้รับการรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา ..................................................................................

สถาบันที่ฝึกอบรม ...............................................................................................................................................

🖵 เป็นสูตินรีแพทย์ซึ่งอยู่ในระหว่างการศึกษาอบรมหลักสูตรแพทย์ต่อยอดอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ของแพทยสภา

5) ชื่อ – สกุล…………………….......…....…………………………………………….…………………………..............................................

หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ ………......…..................…...............

อายุ …..……. ปี สัญชาติ ……………............…… อยู่บ้านเลขที่…............…….. หมู่ที่……... ซอย/ตรอก ……………..…….………

ถนน …………….…...……......……… ตำบล/แขวง ..…………................….……….. อำเภอ/เขต ……………..............……….……….

จังหวัด ………………..........……. รหัสไปรษณีย์ ……..........…….. มือถือ ............................................

E-mail: …………................................................………..……..

สำเร็จแพทยศาสตร์บัณฑิต พ.ศ. ……….............…… สถาบัน ……………………………………………...……....................………......

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม..................................................……….……………..............................................…

ออกให้ ณ วันที่……………………………………………………………………………………….……............................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิบัตร 🖵 หนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พ.ศ. ..................................................................

สถาบันที่ฝึกอบรม ...............................................................................................................................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิบัตร 🖵 หนังสืออนุมัติ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พ.ศ. ...............................................................

จากสถาบัน .........................................................................................................................................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิอื่นซึ่งได้รับการรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา ..................................................................................

สถาบันที่ฝึกอบรม ...............................................................................................................................................

🖵 เป็นสูตินรีแพทย์ซึ่งอยู่ในระหว่างการศึกษาอบรมหลักสูตรแพทย์ต่อยอดอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ของแพทยสภา

* + 1. **นักวิทยาศาสตร์ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ หรือ Embryologist (ได้รับปริญญาทางวิทยาศาสตร์ ในสาขาที่เกี่ยวข้อง หรือได้รับวุฒิอื่นที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง)**

1. ชื่อ-สกุล ……………………..…………….............................…......…….. อายุ ……..…. ปี สัญชาติ ………….…….............………

หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ………......…..............................….....

## วุฒิปริญญาทางวิทยาศาสตร์ สาขา ............................................................. ปีที่สำเร็จการศึกษา.…………….…..…..............

สถาบัน ………………………………..………………………….….……..…..….…………………………………................................................

หรือ 🖵 วุฒิอื่นที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง ………….……………………………………..........................

สถาบันที่ฝึกอบรม ...............................................................................................................................................................

ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART…………….……………….……….....................................................

1. ชื่อ-สกุล ……………………..…………….............................…......…….. อายุ ……..…. ปี สัญชาติ ………….…….............………

หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ………......…..............................….....

## วุฒิปริญญาทางวิทยาศาสตร์ สาขา ............................................................. ปีที่สำเร็จการศึกษา.…………….…..…..............

สถาบัน ………………………………..………………………….….……..…..….…………………………………................................................

หรือ 🖵 วุฒิอื่นที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง ………….……………………………………..........................

สถาบันที่ฝึกอบรม ...............................................................................................................................................................

ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART…………….……………….……….....................................................

1. ชื่อ-สกุล ……………………..………………….................................…….. อายุ ……..…. ปี สัญชาติ ………….……............………

หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ………......…..............................….....

## วุฒิปริญญาทางวิทยาศาสตร์ สาขา ............................................................. ปีที่สำเร็จการศึกษา.…………….…..…..............

สถาบัน ………………………………..………………………….….……..…..….…………………………………................................................

หรือ 🖵 วุฒิอื่นที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง ………….……………………………………..........................

สถาบันที่ฝึกอบรม ...............................................................................................................................................................

ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART…………….……………….……….....................................................

* + 1. **พยาบาลด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ให้ระบุพยาบาล ART ทุกคน)**

1. ชื่อ-สกุล …………..………………….............................…......…….. อายุ ……..…. ปี สัญชาติ ………….……..............………...หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ………......…......................….....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ……………………………………………………..……………….……………….................................

ออกให้ ณ วันที่ ……………...……..….วุฒิการศึกษา สาขา .............................................................................................

ปีที่สำเร็จการศึกษา .……...…..……..สถาบัน …………………………….....................................……………….………….….……

ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART…………….……………………..................................................

1. ชื่อ-สกุล …………..………………….............................…......…….. อายุ ……..…. ปี สัญชาติ ………….……..............………...หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ………......…......................….....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ……………………………………………………..……………….……………….................................

ออกให้ ณ วันที่ ……………...……..….วุฒิการศึกษา สาขา .............................................................................................

ปีที่สำเร็จการศึกษา .……...…..……..สถาบัน …………………………….....................................……………….………….….……

ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART…………….……………………..................................................

1. ชื่อ-สกุล …………..………………….............................…......…….. อายุ ……..…. ปี สัญชาติ ………….……..............………...หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ………......…......................….....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ……………………………………………………..……………….……………….................................

ออกให้ ณ วันที่ ……………...……..….วุฒิการศึกษา สาขา .............................................................................................

ปีที่สำเร็จการศึกษา .……...…..……..สถาบัน …………………………….....................................……………….………….….……

ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART…………….……………………..................................................

1. **...........................................................................................................................................................................**

**(กรณีมีพยาบาลมากกว่าให้ระบุตามจำนวนที่เป็นจริง)**

**4.2.4 บุคลากรอื่นๆ เช่น วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ นักจิตวิทยา นักพันธุศาสตร์ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น (ถ้ามี)**

**1)** ชื่อ-สกุล …………………………………….............................…......…….. อายุ ……..…. ปี สัญชาติ ………….……............………หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ………......….........................…..........

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ……………………………………………………..…………………….....................................................

ออกให้ ณ วันที่ ……………...……..….วุฒิการศึกษา สาขา .....................................................................................................

ปีที่สำเร็จการศึกษา .……...…..……..สถาบัน …………………………….....................................……………………….………….….……

ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART…………….………………….………..................................................

**2)** ชื่อ-สกุล ……………………..…………….............................…......…….. อายุ ……..…. ปี สัญชาติ …………...............………....หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ………......…..............................….....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ……………………………………………………..……………….………………........................................

ออกให้ ณ วันที่ ……………...……..….วุฒิการศึกษา สาขา .....................................................................................................

ปีที่สำเร็จการศึกษา .……...…..……..สถาบัน …………………………….....................................……………………….………….….……

ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART…………….………………….………..................................................

**3)** ชื่อ-สกุล ……………..………………….............................…......…….. อายุ ……..…. ปี สัญชาติ ………….……..............….……หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ………......…..............................….....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ……………………………………………………..……………….………………........................................

ออกให้ ณ วันที่ ……………...……..….วุฒิการศึกษา สาขา .....................................................................................................

ปีที่สำเร็จการศึกษา .……...…..……..สถาบัน …………………………….....................................……………………….………….….……

ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART…………….………………….………..................................................

1. **...........................................................................................................................................................................**

**(กรณีมีบุคลากรอื่น มากกว่าให้ระบุตามจำนวนที่เป็นจริง)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **5. สถานที่เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องมี ดังรายการต่อไปนี้** | มี |
| 1. ห้องปฏิบัติการเพาะเลี้ยงตัวอ่อน | 🖵 |
| 1. ห้องสะอาดที่ใช้ในการเก็บไข่ 2. ห้องปฏิบัติการอสุจิ | 🖵  🖵 |
| 1. เครื่องมือเกี่ยวกับการเตรียมอสุจิซึ่งประกอบด้วยกล้องจุลทรรศน์ และเครื่องปั่นแยกตัวอสุจิ | 🖵 |
| 1. เครื่องมือเกี่ยวกับการเตรียมไข่ 2. เครื่องมือเกี่ยวกับการเพาะเลี้ยงตัวอ่อน ตู้เพาะเลี้ยงตัวอ่อน | 🖵 |
| 1. อุปกรณ์แช่แข็งอสุจิและตัวอ่อน | 🖵 |
| 1. อุปกรณ์กู้ชีวิต | 🖵 |

1. **การควบคุมคุณภาพและจริยธรรม**

มีคณะกรรมการรับผิดชอบในการควบคุมคุณภาพและจริยธรรม

1. **ผู้บริหารฯ หรือตัวแทนของสถานพยาบาล**

ชื่อ-สกุล…………………..……………………................................…….. อายุ …….…. ปี สัญชาติ …………....……...…..............………

หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ………......…..................….................

ตำแหน่งในสถานพยาบาล...............................................................….…………...….….………...………………............................

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม..................................................……………………………………….............................

ออกให้ ณ วันที่ …………………………………………………………………………………………………………............................................

🖵 วุฒิบัตร 🖵 หนังสืออนุมัติ 🖵 หนังสือรับรอง

สาขา/อนุสาขา……………………………..………………………..…………..............................……………… พ.ศ. ……………….….......

1. **สูตินรีแพทย์ (กรรมการที่เป็นสูตินรีแพทย์อย่างน้อยหนึ่งคนต้องมิได้อยู่ทีมงานที่ให้บริการ)**

ชื่อ-สกุล…………………..……………………................................…….. อายุ …….…. ปี สัญชาติ …………....……...…..............………

หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ………......…..................….................

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม..................................................……………………………………….............................

ออกให้ ณ วันที่ …………………………………………………………………………………………………………............................................

สำเร็จแพทยศาสตร์บัณฑิต พ.ศ. ……….........…… สถาบัน ………………………………….......................…………...……………......

ได้รับ 🖵 วุฒิบัตร 🖵 หนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พ.ศ. ..................................................................

สถาบันที่ฝึกอบรม ...............................................................................................................................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิบัตร 🖵 หนังสืออนุมัติ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พ.ศ. ...............................................................

จากสถาบัน .........................................................................................................................................................................

ได้รับ 🖵 วุฒิอื่น……………………………………………………………………….………………………………............................................

สถาบันที่ฝึกอบรม ..............................................................................................................................................................

1. **นักวิทยาศาสตร์**

ชื่อ-สกุล…………………..……………………................................…….. อายุ …….…. ปี สัญชาติ …………....……...…..............………

หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ………......…..................….................

## ปริญญาทางวิทยาศาสตร์ สาขา ............................................................................. ปีที่สำเร็จการศึกษา.………………......…

สถาบัน ……………………………..…………………………….….……..…..….…………………………………................................................

หรือ 🖵 วุฒิอื่นที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง ………………………………………………..........................

สถาบันที่ฝึกอบรม ..............................................................................................................................................................

ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART…………….……………….……….....................................................

1. **พยาบาล**

ชื่อ-สกุล…………………..……………………................................…….. อายุ …….…. ปี สัญชาติ …………....……...…..............………

หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ………......…..................….................

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ..............……………………………………………………..……………….……......................................

ออกให้ ณ วันที่ ………………...............……. วุฒิการศึกษา สาขา .........................................................................................

ปีที่สำเร็จการศึกษา .…….....…....…….. สถาบัน ……………………..............................……………………………….………….….……

ประสบการณ์/ การฝึกอบรมประกาศนียบัตรทางด้าน ART…………….……………….………....................................................

1. **กรรมการอื่น**

**1)** ชื่อ-สกุล…………………..…………………..............................…….. อายุ …….…. ปี สัญชาติ …………....……..…..............………

หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ………......…..................….................

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม..............................................................................………………………………………

ออกให้ ณ วันที่ ……………......................... วุฒิการศึกษา …………………………………..................…………….….………………….

ปีที่สำเร็จการศึกษา …………………...…… สถาบัน ………………................................……..…..……………….………......................

**2)** ชื่อ-สกุล…………………..………………................................…….. อายุ …….…. ปี สัญชาติ …………....……...….............………

หมายเลขบัตรประชาชน 🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌🗌-🗌🗌-🗌 ออกให้ ณ………......…..................….................

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ …………………………........................……………

ออกให้ ณ วันที่ ……………......................... วุฒิการศึกษา …………………………………..................…………….….………………….

ปีที่สำเร็จการศึกษา …………………...…… สถาบัน ………………................................……..…..……………….………......................

1. **ระบุชื่อโรงพยาบาลที่จะส่งต่อเพื่อรับการรักษากรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้าน**

* มารดา………………………………………………..……….…………………..………………………………….................................................
* ทารก………………………………………………..……………………………….……..….…………….………….............................................

**เอกสารสำคัญที่ต้องแนบ**

คำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ ของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, แพทย์ ผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์, แพทย์ผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มาด้วย จำนวน ................. ฉบับคือ

🖵 ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

🖵 ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

🖵 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

🖵 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

🖵 สำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

🖵 สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

🖵 สำเนาหนังสือรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา

🖵 หนังสือรับรองจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

🖵 หนังสือแต่งตั้งให้เป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการด้านการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

**\*\*\* หากมีการเปลี่ยนแปลงส่วนหนึ่งส่วนใดของข้อมูล ต้องแจ้งให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทราบภายใน 60 วัน \*\*\***

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ถ้ามีการแก้ไขเพิ่มเติมจะแจ้งให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร ภายใน 60 วัน และจะรักษามาตรฐานการดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ทุกประการ

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

( )

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล