หมายเลขใบรายงานตัวผู้ประกอบวิชาชีพ .....

ชื่อ .....

วัน เดือน ปี ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ .....

อำเภอที่ทำงาน

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

คลินิกเฉพาะทางสูติกรรม

คลินิกเฉพาะทางสูติกรรมร่วมกับนรีเวชกรรม

คลินิกเฉพาะทางนรีเวชกรรม

คลินิกเฉพาะทางเวชกรรมทั่วไป (เฉพาะสถานพยาบาลที่ผู้ประกอบวิชาชีพเป็นเจ้าของ)

ชื่อสถานพยาบาล

ที่อยู่

โรงพยาบาล.....

ตำบล.....

อำเภอ.....

จังหวัด.....

สถานพยาบาลที่ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน