



รูปถ่าย 1 นิ้ว

แบบขอสมัครสอบ 5 องค์ความรู้ (CDT)  
สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย ประจำปี 2567  
ณ ห้องประชุมพิบูลสงคราม ชั้น 12 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา โรงพยาบาลราชวิถี

--	--	--	--	--	--

รหัสสมาชิก

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/ยศ) .....นามสกุล.....อายุ.....ปี สมาชิกสามัญตลอดชีพเลขที่.....  
สำเร็จการศึกษาจาก.....ระดับ  ปวส.  ปริญญาตรี  ปริญญาโท  ปริญญาเอก  
หลักสูตร .....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ที่อยู่ที่บ้าน เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ต.รอก/ชอย ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์มือถือ ..... E-mail.....  
ปัจจุบันท่าน  ทำงาน  ไม่ได้ทำงาน  
ที่อยู่ทำงาน หน่วยงาน.....โรงพยาบาล/สถานที่.....เลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย .....  
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์ทำงาน .....

\*\*\*โปรดระบุที่อยู่จัดส่งเอกสาร  บ้าน  ที่ทำงาน (ใส่ข้อมูลให้ครบถ้วนชัดเจนเพื่อเอกสารจะไม่สูญหายในการจัดส่ง และสะดวกในการติดต่อ)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะสมัครสอบความรู้เพื่อการรับรอง 5 องค์ความรู้ (CDT) โดยขอสมัครสอบตามประกาศการสอบของสมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทยประจำปี พ.ศ. 2567 ณ สถานที่ วัน เวลา ตามที่สมาคมฯ กำหนด และหมดเขตรับสมัคร วันพฤหัสบดีที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 พร้อมแนบหลักฐานและค่าธรรมเนียมดังนี้

- รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป (รูปถ่ายรูปเดียวกัน เขียนชื่อ / สกุล ด้านหลังรูปให้ชัดเจน)
- สำเนาวุฒิการศึกษา (ประกาศนียบัตร และ Transcript หรือ ปริญญาบัตร และ Transcript) ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาบัตรประชาชน ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาบัตรสมาชิกสามัญตลอดชีพ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- ในกรณีชื่อ/สกุล ไม่ตรงกับสำเนาวุฒิการศึกษา สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาบัตรสมาชิก ต้องแนบหลักฐานการเปลี่ยนแปลงพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้องเช่น สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล หรือสำเนาใบทะเบียนสมรส หรือสำเนาใบหย่า
- แบบใบรับรองการปฏิบัติงานด้านโภชนาการ/โภชนบำบัดในโรงพยาบาลฉบับจริงจากผู้อำนวยการหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้อำนวยการเท่านั้น
- ใบรับรองการฝึกงานจากมหาวิทยาลัย (ผู้ลงนามระดับหัวหน้าภาควิชา หรือ คณบดี หรือ ระดับที่สูงกว่า)
- ค่าธรรมเนียมการสอบ (สามารถโอนเงินผ่าน App Mobile banking ได้)
  - สอบครั้งแรก จำนวนเงิน 1,000 บาท
  - สอบซ้ำ จำนวนเงิน 500 บาท

ข้าพเจ้าได้โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 404-481991-0 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาอเวนิว รัชโยธิน

ชื่อบัญชี “สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย” พร้อมแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงิน ที่มีชื่อ-สกุล เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

หลักฐานตามรายการทั้งหมดส่งมาที่ สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย

1845/11 ซอยบริรักษ์ (ซอยสวนบุคคล) ถ.พหลโยธิน

แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทรศัพท์ 080-338-7443, 02-939-7782

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นและหลักฐานเอกสารการสมัครสอบเป็นจริงทุกประการและยอมรับผลการตรวจสอบของคณะกรรมการถือเป็นข้อยุติ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นขอสมัครสอบ

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่  หลักฐานครบ ถูกต้อง  ยังขาดเอกสาร.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ วันที่...../...../.....