ประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขากายอุปกรณ์
เรื่อง การรับสมัครและการสอบความรู้สาขากายอุปกรณ์
ประจำปี ๒๕๖๔

.....

ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๓๒ และมาตรา ๓๓ (๖) ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้บุคคลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขากายอุปกรณ์จะต้องสอบผ่านความรู้ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขากายอุปกรณ์กำหนดเพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาดังกล่าวต่อไปนั้น

คณะกรรมการวิชาชีพสาขากายอุปกรณ์ จึงออกประกาศคณะกรรมการวิชาชีพ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการรับสมัครและการสอบความรู้สำหรับบุคคลเพื่อสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายอุปกรณ์ ประจำปี ๒๕๖๔ ไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ <u>คุณสมบัติและความรู้ในวิชาชีพของผู้มีสิทธิสอบขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ</u>

ผู้มีสิทธิสอบเพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายอุปกรณ์ ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่ง แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๐ และมาตรา ๓๓ (๖) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๖ ดังนี้

๑.๑ มีอายุไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์

๑.๒ เป็นผู้มีความรู้ในวิชาชีพตามมาตรา ๓๓ (๖) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบ โรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๖ ดังนี้ ต้องมีความรู้ในวิชาชีพ คือเป็นผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขากายอุปกรณ์จากสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขากายอุปกรณ์รับรอง

๑.๓ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งคณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าจะนำมาซึ่ง ความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

๑.๔ ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าอาจจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

๑.๔ ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ

๑.๕ ไม่เป็นโรคที่คณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนดว่าไม่สมควรให้ประกอบโรคศิลปะ

๑.๖ ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

ข้อ ๒ การรับสมัครสอบและหลักฐานประกอบการรับสมัคร

๒.๑ กรณีผู้สมัครสอบเป็นบุคคลธรรมดา สัญชาติไทย

๒.๑.๑ ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายอุปกรณ์ผ่านระบบ Biz Portal ที่เว็บไซต์ bizportal.go.th โดยสมัครเข้าใช้งานระบบ และกรอกรายละเอียดตามแบบคำร้อง กอ.๑ พร้อมอัปโหลดหลักฐานประกอบการสมัคร ดังนี้

๑) ไฟล์รูปถ่ายหน้าตรง ท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน **ขนาด ๑ นิ้ว**

๒) ไฟล์หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ (ตามแบบที่กำหนด)

๓) ไฟล์ปริญญาบัตรสาขากายอุปกรณ์ หรือ**หนังสือรับรองการสำเร็จการศึกษาจากสภามหาวิทยาลัย** จำนวน ๑ ฉบับ

๔) ไฟล์หลักฐานอื่นๆ ที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าจำเป็น เช่น ใบรายงานผลการศึกษา หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล, ทะเบียนสมรส, หนังสือแต่งตั้งยศ เป็นต้น

เมื่อกรอกรายละเอียดตามแบบคำร้อง กอ.๑ และอัปโหลดหลักฐานประกอบการสมัครแล้ว ให้บันทึกข้อมูลและยื่นคำขอพร้อมลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ตามวิธีการที่ระบบกำหนด ตั้งแต่วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๔ – ๖ สิงหาคม ๒๕๖๔

๒.๑.๒ เมื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารเบื้องต้นแล้ว ผู้สมัครสอบจะได้รับการแจ้งเตือนทางอีเมล์ให้เข้าสู่ระบบ Biz Portal อีกครั้ง ซึ่งจะปรากฏใบแจ้งชำระค่าธรรมเนียมการสมัครสอบ จำนวน ๑,๐๕๐ บาท ให้ดาวน์โหลดใบแจ้งชำระค่าธรรมเนียมการสมัครสอบแล้วนำไปชำระค่าธรรมเนียมตามช่องทางที่สะดวกภายในวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๔ โดยค่าธรรมเนียมดังกล่าวจะไม่มีการคืนเงินไม่ว่ากรณีใด เมื่อชำระค่าธรรมเนียมแล้ว สามารถดาวน์โหลดใบเสร็จรับเงินอิเล็กทรอนิกส์ได้ที่เว็บไซต์ https://epayment.cgd.go.th

๒.๒ กรณีผู้สมัครสอบเป็นบุคคลธรรมดา สัญชาติอื่น

ยื่นคำขอได้ที่**ศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ ชั้น ๑ อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ** (ซอยสาธารณสุข ๘) กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ได้ตั้งแต่วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ถึง วันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๔ ในวันและเวลาราชการ (๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.) สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ๐๒ ๑๙๓ ๗๐๗๙ โดยยื่นคำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายอุปกรณ์ และลงลายมือชื่อผู้ขอขึ้นทะเบียนฯ (ตามแบบ กอ.๑) พร้อมหลักฐานประกอบการรับสมัคร ดังนี้

๑) รูปถ่ายหน้าตรง ท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน **ขนาด ๑ นิ้ว** (ไม่ใช้ภาพถ่ายชนิดโพลาลอยด์)

๒) หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ (ตามแบบที่กำหนด)

๓) ใบปริญญาบัตรสาขากายอุปกรณ์ หรือ**หนังสือรับรองการสำเร็จการศึกษาจากสภามหาวิทยาลัย ฉบับจริง** จำนวน ๑ ฉบับ

๔) สำเนาหลักฐานอื่นๆ ที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าจำเป็น เช่น ใบรายงานผลการศึกษา หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล, ทะเบียนสมรส, หนังสือแต่งตั้งยศ เป็นต้น

๕) เงินค่าธรรมเนียมการสมัครสอบ จำนวน ๑,๐๕๐ บาท เมื่อชำระเงินแล้วจะไม่มีการคืนเงินไม่ว่ากรณีใด ๆ

หมายเหตุ: การลงนามรับรองสำเนาให้ใช้ปากกาสีน้ำเงินเท่านั้น

ข้อ ๓ <u>การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบ</u>

ตั้งแต่วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป ณ กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ หรือเว็บไซต์กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ https://mrd-hss.moph.go.th (ไม่แจ้งทางโทรศัพท์และไม่แจ้งเป็นรายบุคคล) หรือตรวจสอบสถานะการสมัครสอบได้ที่เว็บไซต์ bizportal.go.th

หากไม่ปรากฏชื่อเป็นผู้มีสิทธิสอบ ให้นำหลักฐานพร้อมใบเสร็จรับเงิน ติดต่อเจ้าหน้าที่กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ภายในวันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๔

ข้อ ๔ <u>วิธีการจัดสอบ</u>

จะแจ้งให้ทราบอีกครั้งในการประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบ

ข้อ ๕ <u>วันและเวลาสอบ</u>

ในวันพฤหัสบดีที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๔.๓๐ น.

ข้อ ๖ <u>วิชาที่สอบ</u>

๗.๑ หมวดวิชาชีพกายอุปกรณ์

๗.๒ หมวดวิชากฎหมาย

เวลา	หมวดวิชา	เนื้อหาวิชา	คะแนน
๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น.	วิชาชีพกายอุปกรณ์	- กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา - ชีวกลศาสตร์ - การประเมินคนพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ - กายอุปกรณ์เสริมและกายอุปกรณ์เทียม - อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ รถเข็น อุปกรณ์ช่วยเดิน รองเท้า	๑๕๐ คะแนน (๑๕๐ ข้อ)
๑๓.๐๐-๑๔.๓๐ น.	วิชากฎหมาย	- พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม - พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม - พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม - ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพของผู้ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๕๙	๕๐ คะแนน (๕๐ ข้อ)

ข้อ ๗ <u>เกณฑ์การตัดสิน</u>

๗.๑ การสอบผ่าน

ผู้เข้าสอบต้องสอบได้คะแนนไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ ทุกหมวดวิชา จึงจะถือว่าสอบผ่าน

๗.๒ การเก็บคะแนนสำหรับผู้สอบผ่านเฉพาะบางหมวดวิชา

ผู้ที่สอบผ่านในแต่ละหมวดวิชาได้คะแนนไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ สามารถเก็บคะแนนในหมวดวิชานั้นได้ โดยผู้เข้าสอบจะต้องสอบในหมวดวิชาที่เหลือในการสอบครั้งต่อไปได้อีก ๒ ครั้งติดต่อกัน และหากยังสอบไม่ผ่านทุกหมวดวิชาที่เหลือ หรือไม่มาสอบสองครั้งติดต่อกัน ให้ถือว่าการเก็บคะแนนนั้นเป็นอันสิ้นสุดลง และจะต้องเริ่มต้นสอบใหม่ทุกหมวดวิชา

ข้อ ๘ <u>การประกาศผลสอบ</u>

ในวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๔ ณ กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะหรือเว็บไซต์กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ https://mrd-hss.moph.go.th (ไม่แจ้งทางโทรศัพท์และไม่แจ้งเป็นรายบุคคล) (ไม่แจ้งทางโทรศัพท์และไม่แจ้งเป็นรายบุคคล)

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นางนิศารัตน์ โอภาสเกียรติกุล)
ประธานกรรมการวิชาชีพสาขากายอุปกรณ์

<u>กรณีที่มีข้อขัดข้องในการบันทึกการสมัครสอบ สามารถติดต่อสอบถามได้รายละเอียดเพิ่มเติม ได้ที่ ๐๙ ๒๒๖๕ ๕๖๐๙</u>

<u>หมายเหตุ</u> โดยที่ปัจจุบันได้มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประกอบกับรัฐบาลได้สั่งการให้ส่วนราชการเตรียมพร้อมรับมือสถานการณ์ และปฏิบัติตามมาตรการของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างเคร่งครัด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อรูปแบบและกำหนดการสอบ จึงขอให้ผู้สมัครสอบโปรดติดตามข่าวสารและความคืบหน้าของการดำเนินการจัดสอบทางเว็บไซต์กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ที่ https://mrd-hss.moph.go.th อย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ คณะกรรมการวิชาชีพสาขากายอุปกรณ์ร่วมกับกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ จะดำเนินการจัดสอบโดยถือแนวทางปฏิบัติตามมาตรการของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างเคร่งครัด

หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ
เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

เขียนที่.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

ผู้ประกอบวิชาเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ได้ทำการตรวจร่างกาย(นาย/นาง/นางสาว).....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว

ส่วนที่ ๑

นาย/นาง/นางสาว.....ปราศจากโรค ดังต่อไปนี้ (๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๒) วัณโรคในระยะอันตราย

(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม

(๔) โรคพิษสุราเรื้อรัง

ส่วนที่ ๒

กรณีที่แพทย์ตรวจพบโรคอื่น ๆซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการประกอบโรคศิลปะ (โปรดระบุ).....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ – กรุณาประทับตราโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ท่านรับการตรวจสุขภาพด้วย