



มหาวิทยาลัยสุโขทัย  
เลขรับ..... 4822.  
วันที่..... 30 ต.ค. ๖๖.  
เวลา..... 15.08 น.

ที่ คค ๐๔๑๕.๖/๖๗๓

สำนักงานขนส่งกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๕  
๑๐๓๒ กรมการขนส่งทางบก ถนนพหลโยธิน  
เขตจตุจักร กรุงเทพฯ ๑๐๙๐๐

๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง การประชาสัมพันธ์ “โครงการอบรมเสริมความรู้แก่ผู้ขอรับใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์”

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสุโขทัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ตารางการจัดอบรมเสริมความรู้แก่ผู้ขอรับใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗  
๒. กำหนดการฝึกอบรม

ด้วยสำนักงานขนส่งกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๕ กรมการขนส่งทางบก ได้จัดทำ “โครงการอบรมเสริมความรู้แก่ผู้ขอรับใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗” วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้ขับขี่ให้มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับรถจักรยานยนต์ในการใช้รถใช้ถนน พร้อมทั้งมีทักษะในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ถูกต้องและปลอดภัย โดยกำหนดจัดอบรมสำหรับผู้ที่มีความประสงค์ขอรับใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ใหม่ (ไม่เคยมีมาก่อน และมีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๕ ปีบริบูรณ์) รุ่นที่ ๒๖๑ - ๒๗๒ (รุ่นละ ๑๕๐ คน) ในวันเสาร์ - วันอาทิตย์ สามารถยื่นเอกสารรับสมัครล่วงหน้าตามช่วงระยะเวลาที่กำหนด รายละเอียดตามสื่อประชาสัมพันธ์ที่ส่งมาด้วย ๑ - ๒

สำนักงานขนส่งกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๕ จึงขอความอนุเคราะห์หน่วยงานของท่านประชาสัมพันธ์โครงการดังกล่าวให้นักเรียน นักศึกษา หรือผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการดังกล่าวทราบ ทั้งนี้สามารถยื่นเอกสารสมัครก่อนถึงวันอบรมได้ที่ ส่วนใบอนุญาตขับรถ ชั้น ๒ อาคาร ๔ จตุจักร หรือติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ ๐ ๒๒๗๑ ๘๘๒๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ต่อไปด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายอดิเรก แดงทอง)

ผู้อำนวยการสำนักงานขนส่งกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๕

ส่วนใบอนุญาตขับรถ

โทร. ๐ ๒๒๗๑ ๘๘๘๘ ต่อ ๔๒๐๑ - ๒

วิสัยทัศน์กรมการขนส่งทางบก

“เป็นองค์กรแห่งนวัตกรรมในการควบคุม กำกับ ดูแล ระบบการขนส่งทางถนน ให้มีคุณภาพและปลอดภัย”

ร่าง

กำหนดการโครงการอบรมเสริมความรู้แก่ผู้ขอรับใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์

รุ่นที่ ..... วันที่ .....พ.ศ.....(ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗)

ณ สำนักงานขนส่งกรุงเทพมหานครพื้นที่ ๕ ส่วนใบอนุญาตขับรถ

.....

วันเสาร์ที่ ..... พ.ศ.....

๐๗.๓๐ น. - ๐๘.๓๐ น. ลงทะเบียน

๐๘.๓๐ น. - ๐๙.๐๐ น. ทดสอบสมรรถภาพร่างกาย

พิธีกล่าวเปิดการอบรม โดย ..... ผู้แทนส่วนใบอนุญาตขับรถ

๐๙.๐๐ น. - ๑๒.๐๐ น. การบรรยายหัวข้อ เทคนิคการขับขี่รถอย่างปลอดภัย จิตสำนึกและมารยาทในการขับรถ

โดย ..... วิทยากรจากกรมการขนส่งทางบก

๑๒.๐๐ น. - ๑๓.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

๑๓.๐๐ น. - ๑๕.๐๐ น. การบรรยายหัวข้อวิชา

๑. ข้อปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การให้ความช่วยเหลือและการปฐมพยาบาล

๒. กฎหมายว่าด้วยรถยนต์ กฎหมายว่าด้วยทางหลวง และกฎหมายว่าด้วยจราจรทางบก

โดย ..... วิทยากรจากกรมการขนส่งทางบก

๑๕.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น. อธิบายวิธีการใช้เครื่องทดสอบข้อเขียนด้วยวิธีอิเล็กทรอนิกส์ (E-exam)

วันอาทิตย์ที่ ..... พ.ศ.....

๐๗.๓๐ น. - ๐๘.๓๐ น. ลงทะเบียน

๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. ทดสอบภาคทฤษฎี

๑๒.๐๐ น. - ๑๓.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

๑๓.๐๐ น. - ๑๕.๐๐ น. ทดสอบภาคปฏิบัติ

๑๕.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น. ชำระค่าธรรมเนียมและรับใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์

๑๖.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น. ประเมินผลความพึงพอใจ พิธีปิดการอบรม

.....

**หมายเหตุ**

๑๐.๔๕ น. - ๑๑.๐๐ น. พักรับประทานอาหารว่าง

๑๔.๔๕ น. - ๑๕.๐๐ น. พักรับประทานอาหารว่าง

## ๑.คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- ๑.๑ ต้องมีอายุครบ ๑๕ ปีบริบูรณ์ (ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองแล้ว)
- ๑.๒ ต้องไม่เคยเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์มาก่อน

## ๒.หลักฐานที่ต้องนำมายื่นต่อเจ้าหน้าที่

- ๒.๑ บัตรประชาชนฉบับจริง
- ๒.๒ ใบรับรองแพทย์ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน

## หมายเหตุ : การประสานเบื้องต้น

๑. มาสมัครด้วยตนเองตามวันที่เปิดรับสมัครในแต่ละรุ่น ในวันทำการ (๐๘.๐๐ - ๑๕.๓๐ น.)
๒. ประสานงานและรวบรวมมาเป็นหมู่คณะภาพรวมของสถานศึกษา
  - ให้จัดส่งข้อมูล รายชื่อ สำเนาบัตร สำเนาใบรับรองแพทย์
  - วันที่เข้าร่วมโครงการนำบัตรประชาชน และใบรับรองแพทย์ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน ฉบับจริง (ฉบับเดียวกันกับสำเนาที่ส่งมา อนึ่ง แต่ละรุ่นรับจำนวนจำกัด โปรดประสานงานก่อนในการจัดส่งเอกสารเพื่อความถูกต้อง สะดวก และรวดเร็ว)

-----

# ใบรับรองแพทย์ (สำหรับใบอนุญาตขับรถ)

เล่มที่ .....

เลขที่ .....

## ส่วนที่ 1

ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

----

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

- โรคประจำตัว  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
- อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
- เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
- โรคลมชัก \*  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
- ประวัติอื่นที่สำคัญ  ไม่มี  มี (ระบุ) .....

\* ในกรณีมีโรคลมชัก ให้แนบประวัติการรักษาจากแพทย์ผู้รักษาว่าท่านปลอดจากอาการชักมากกว่า ๑ ปี เพื่ออนุญาตให้ขับรถได้

ลงชื่อ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## ส่วนที่ 2

ของแพทย์

สถานที่ตรวจ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

(1) ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ..... สถานพยาบาลชื่อ .....

ที่อยู่ .....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว .....

แล้วเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว ..... กก. ความสูง ..... เซนติเมตร ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- วัณโรคในระยะอันตราย
- โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- อื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(2) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ .....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้ร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) คำรับรองนี้เป็นกรณียกเว้นกรณีเบื้องต้น และใบรับรองแพทย์นี้ ใช้สำหรับใบอนุญาตขับรถและปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประจำรถแบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 2/2564 วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2564