

Additional Application Form for Non-Immigrant Visa “O – A” (Long Stay)

Please complete using BLOCK letters.

Title (Mr. Mrs. Ms. Miss.) _____ First name _____

Family name _____ Middle name _____

Date of birth ____/____/____ Age _____ Passport No. _____

Issued at _____ Date of Issue ____/____/____ Expiry Date ____/____/____

Nationality _____ Nationality at birth _____ Country of birth _____

Spouse name (if applicable) _____

Residential address (PO Box Not Accepted)

Street number _____ Street Name _____ Suburb _____ State _____

Postcode _____ Phone Number _____ Email _____

Occupation _____ Monthly income _____ Amount of saving _____

Financial Institution Name _____ Date of arrival in Thailand ____/____/____

Travel by _____ Flight No. _____ Port of Entry _____

Proposed address to stay in Thailand

Street number _____ Tambon _____ Amphoe _____

Province _____ Postcode _____ Phone Number _____

Reference person in Thailand

Full name _____ Contact number _____

I hereby declare that the above mentioned statements are true and accurate and that in no case shall I engage myself in any profession or occupation during my day in Thailand.

Signature _____

Name (In print) _____

Date ____/____/____

ใบรับรองแพทย์

Medical Certificate

วันที่.....

Date

ข้าพเจ้า นายแพทย์.....แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง

I, Name

a medical doctor

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....ค.ศ.....

holding medical license no.

issued on

month

year

ได้ทำการตรวจร่างกาย.....เมื่อวันที่.....

have examined

name

on (date)

แล้วปรากฏว่า.....ปราศจากโรค ดังต่อไปนี้

and have found

name

free from the following diseases:

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 1. โรคเรื้อน | LEPROSY |
| 2. วัณโรคระยะอันตราย | TUBERCULOSIS (T.B.) |
| 3. โรคเท้าช้าง | ELEPHANTIASIS |
| 4. โรคยาเสพติดให้โทษ | DRUG ADDICTION |
| 5. โรคซิฟิลิสในระยะที่ 3 | THIRD STEP OF SYPHILIS |

.....เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน

name

is in good physical and mental health

หรือไม่สมประกอบ หรือไม่เป็นผู้ที่มีร่างกายทุพพลภาพ หรือเป็นโรคดังกล่าวข้างต้น

free from any defect

ลงชื่อ.....นายแพทย์ผู้ตรวจ

Signature

M.D.

(.....)

Name (in print)