

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรม

เรื่อง การตรวจคลื่นไฟฟ้าของระบบประสาทการได้ยินขั้นพื้นฐาน  
ภาควิชาวิทยาศาสตร์สื่อความหมายและความผิดปกติของการสื่อความหมาย  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
ระหว่างวันที่ ๗ สิงหาคม 2560 – ๘ ธันวาคม 2560

\*\*\*\*\*

ชื่อ .....ทะเบียนประกอบโรคศิลปะเลขที่.....

ภูมิลำเนา.....

สถานที่ทำงาน.....

ประสบการณ์การปฏิบัติงานในวิชาชีพตั้งแต่จบการศึกษาถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา.....ปี

ระยะเวลาที่ทำงาน ณ ที่ทำงานปัจจุบัน.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....E-mail.....

กรุณากรอกข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

หน่วยงานของท่านมีเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าของระบบประสาทการได้ยิน ( ) มี ( ) ไม่มี

กรณีมีเครื่องมือ กรุณาระบุยี่ห้อ และรุ่น.....

ท่านมีประสบการณ์ตรวจ Eps ( ) มี ( ) ไม่มี

ท่านมีประสบการณ์ตรวจ EcochG ( ) มี ( ) ไม่มี

ความสามารถทางภาษาอังกฤษ(ประเมินตนเอง) การฟัง ( ) ดี ( ) พอใช้ ( ) ต้องปรับปรุง

การพูด ( ) ดี ( ) พอใช้ ( ) ต้องปรับปรุง

การอ่าน ( ) ดี ( ) พอใช้ ( ) ต้องปรับปรุง

การเขียน ( ) ดี ( ) พอใช้ ( ) ต้องปรับปรุง

คะแนนภาษาอังกฤษ ( ) มี ระบุ..... ( ) ไม่มี

ส่งใบสมัครได้ที่ คุณอภิสรฯ สรวงศิริ ทาง E-mail: [jb5\\_rama@yahoo.com](mailto:jb5_rama@yahoo.com) หรือ โทรสาร 02-201-2208

หรือทางไปรษณีย์ได้ที่ ภาควิชาวิทยาศาสตร์สื่อความหมายและความผิดปกติของการสื่อความหมาย คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

**\*\*ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๒1 กรกฎาคม 2560 \*\***