**ประกาศรับสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์**

**หลักสูตรประกาศนียบัตรอายุรศาสตร์ปลูกถ่ายไต**

 **(Certificate Program in Transplant Nephrology)**

**คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**

สาขาวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีประสงค์ที่จะเปิดรับสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด หลักสูตรประกาศนียบัตรอายุรศาสตร์ปลูกถ่ายไต (Certificate Program in Transplant Nephrology) หลักสูตร 1 ปี จำนวน 2 ตำแหน่ง

ข้อมูลของเกณฑ์การรับสมัครและเกณฑ์การคัดเลือกอยู่ในเว็บไซต์

แบบแสดงความจำนงและเอกสารหลักฐานที่จำเป็นและวิธีการสมัครอยู่ในหน้าถัดไปของประกาศนี้

กำหนดการสอบสัมภาษณ์จะแจ้งให้ผู้สมัครแต่ละท่านทราบหลังได้รับใบสมัครและเอกสารครบถ้วนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ในกรณีที่มีข้อสงสัยกรุณาสอบถาม

คุณกนกพร สุจิรชาโต เจ้าหน้าที่ประจำสาขาวิชาโรคไต หรือ คุณพรศิริ เทศเซน เจ้าหน้าที่ฝ่ายการศึกษา

ที่หมายเลขโทรศัพท์ 02-201-1116 , 02-201-1400 ในวันและเวลาราชการ

**แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาวิชาโรคไต**

**หลักสูตรประกาศนียบัตรอายุรศาสตร์ปลูกถ่ายไต**

 **(Certificate Program in Transplant Nephrology)**

**ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตรโรงพยาบาลรามาธิบดี**

1. ข้อมูลส่วนตัวของผู้สมัคร

ชื่อ-นามสกุล (ไทย/อังกฤษ)…………………………………………………………............................................................................

วันเดือนปีเกิด ………………......……….... เชื้อชาติ ………............... สัญชาติ ….........…..…..............

เลขบัตรประจำตัวประชาชน................................................................................................ ........

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม................................................................................................

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

เลขที่...............หมู่ที่.............ตรอก/ซอย.................................................ถนน.........................................................................

ตำบล/แขวง.............................................อำเภอ/เขต......................................จังหวัด..........................................................

รหัสไปรษณีย์................................เบอร์โทรศัพท์มือถือ...............................................อีเมล์...................................................

2. คุณวุฒิทางการศึกษา

แพทยศาสตร์บัณฑิต – ระบุชื่อสถาบันที่สำเร็จการศึกษาและสถาบันสมทบ (ถ้ามี)

...........................................................................................................................................................................................

ปี พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา............................................................................. เกรดเฉลี่ย.....................................................

☐ กำลังฝึกอบรมสาขาวิชาอายุรศาสตร์โรคไต

☐ อายุรศาสตร์แพทย์โรคไต

สถาบัน/รพ. ........................................................................................................ ปี พ.ศ.ที่จบ หรือ จะจบ..............................

3. สิทธิในการสมัคร (โปรดระบุชื่อต้นสังกัดที่ได้รับการอนุมัติหรือรอการอนุมัติ)

☐ มีต้นสังกัดจาก............................................................................................................... .......................................

☐ อยู่ระหว่างการรออนุมัติจาก.......................................................................................................เพื่อเป็นต้นสังกัด

☐ ไม่มีต้นสังกัด (อิสระ)

4. ประสบการณ์การปฏิบัติงาน/ ภาระการชดใช้ทุน

สถานที่ทำงานปัจจุบัน.............................................................................................................................................................

**ภาระการชดใช้ทุนที่ยังเหลืออยู่**

☐ ไม่มี

☐ มีภาระการชดใช้ทุน........……ปี และปฏิบัติงานมาแล้ว....................ปี

☐ อื่นๆ (ระบุ) ................................................................................................................ .......................................................

5. ข้อมูลอื่นในด้านการปฏิบัติงาน การเรียนการสอน และ การทำวิจัย

รางวัลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานหรือการเรียนการสอน

............................................................................................................................. ............................................................

..................................................................................................................................... ......................................................

...........................................................................................................................................................................................

ประสบการณ์ด้านการเป็นแพทย์พี่เลี้ยงให้กับแพทย์รุ่นน้องหรือนักศึกษาแพทย์

...........................................................................................................................................................................................

............................................................................................................................. ..............................................................

............................................................................................................................. ..............................................................

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการแพทย์และสาธารณสุขในระดับอำเภอ จังหวัด หรือ ประเทศ

............................................................................................................................. ..............................................................

............................................................................................................................. ..............................................................

...........................................................................................................................................................................................

การนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมระดับประเทศหรือนานาชาติ

...........................................................................................................................................................................................

............................................................................................................................. ..............................................................

............................................................................................................................. ..............................................................

ผลงานวิจัยหรือบทความทางวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์

............................................................................................................................. ..............................................................

............................................................................................................................................................................. ..............

..................................................................................................................... ......................................................................

ลายเซ็นผู้รับสมัคร....................................................................

**เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่นในการสมัคร**

สามารถยื่นเอกสารด้วยตนเองที่สาขาวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ชั้น 7 อาคาร 1 ห้องพักอาจารย์แพทย์อายุรศาสตร์ หรือ ส่งเป็น PDF ไฟล์มาที่อีเมล์ nephroramamahidol@gmail.com

1. แบบแสดงความจำนง (ใบสมัคร)

2. รูปถ่าย 2 นิ้ว

3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

4. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (Transcript)

5. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

6. สำเนาวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติอายุรศาสตร์ทั่วไป (ถ้ามี)

7. หนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสดร์โรคไตชั้นปีที่2 หรือ วุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติสาขาอายุรศาสตร์โรคไต

8. หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากอาจารย์ และผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด Recommendation 3 ฉบับ ส่งตรงถึง

ศ.นพ.ม.ล.ชาครีย์ กิติยากร

ห้องพักอาจารย์แพทย์อายุรศาสตร์ชั้น 7 อาคาร 1 โรงพยาบาลรามาธิบดี

270 ถ.พระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

9. หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก (หากต้นสังกัดประกาศผล

พิจารณาทุนแล้ว)