

ส่งใบสมัครพร้อมแนบ

1) หลักฐานการศึกษา

- transcript
- ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจากแพทยสภา
- วุฒิบัตรแพทยสภา (ถ้าสมัครแพทย์หลักสูตร 2 ปี)

2) จดหมาย recommend 2 ฉบับ

3) CV

4) รูปถ่าย 1 หรือ 2 นิ้ว 1 ใบ

ถ้ามีทุน กรุณาขอหนังสือรับรองจากต้นสังกัดแนบมาด้วย

โดยส่งเอกสารทั้งหมดมาที่

คุณปาริฉัตร มนัสสิริวิทยา

หน่วยมะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

270 ถนนพระราม 6 ราชเทวี กทม. 10400

โทร.02-2011672 หรือ 081-413 3328

Fax.02-6435648

หรือส่งทาง Email parichat.man@mahidol.ac.th

หมายเหตุ

-โปรดแจ้ง Line ID ของท่าน เพื่อประโยชน์ในการส่งข่าวสารข้อมูลด้วย

-เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับใบสมัครแล้ว จะ email ตอบกลับท่าน เพื่อยืนยันว่าได้รับใบสมัครแล้ว

ภายใน 2 วันทำการ หากท่านไม่ได้รับ email ตอบกลับ

โปรดติดต่อเจ้าหน้าที่ทางโทรศัพท์ด้วย

แบบสอบถามใบสมัครสำหรับผู้สมัครแพทย์ประจำบ้าน หน่วยมะเร็งวิทยา

รูป 1 นิ้ว

☐ หลักสูตร 4 ปี

☐ หลักสูตร 2 ปี

ประวัติส่วนตัว

ชื่อ-นามสกุล ไทย อายุ ปี

อังกฤษ

ที่อยู่ประจำ

ที่ทำงานปัจจุบัน

โทรศัพท์ มือถือ Email

หลักสูตรที่สมัครฝึกอบรม

เลขที่ ว. เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ประวัติการศึกษา

แพทยศาสตรบัณฑิตเกียรตินิยม ☐ ไม่มี ☐ มี อันดับที่

สถาบัน ปี พ.ศ.

วุฒิบัณฑิต สาขา

สถาบัน ปี พ.ศ.

วุฒิบัณฑิต สาขา

สถาบัน ปี พ.ศ.

อื่นๆ สาขา

ผลงานดีเด่นในระหว่างศึกษา

.....
.....

ประวัติการทำงาน

เคยปฏิบัติงานที่

ตำแหน่ง ระหว่าง พ.ศ. ถึง พ.ศ.

สาเหตุที่ลาออกหรือย้าย

เคยปฏิบัติงานที่

ตำแหน่ง ระหว่าง พ.ศ. ถึง พ.ศ.

สาเหตุที่ลาออกหรือย้าย

เคยปฏิบัติงานที่

ตำแหน่ง ระหว่าง พ.ศ. ถึง พ.ศ.

สาเหตุที่ลาออกหรือย้าย

ผลงานดีเด่นในระหว่างทำงาน

.....

.....

.....

.....

ทัศนคติต่อการเป็นอายุรแพทย์ สาขามะเร็งวิทยา

เหตุผลที่ต้องการเป็นอายุรแพทย์ สาขามะเร็งวิทยา (Medical Oncologist)

.....

.....

.....

.....

เหตุผลที่ต้องการศึกษาต่อที่หน่วยมะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ร.พ. รามาธิบดี

.....

.....

.....

.....

ท่านรับทุนมาศึกษาต่อครั้งนี้หรือไม่

- ☐ รับทุนจากจะกลับไปใช้ทุนที่..... เวลา..... ปี
- ☐ ไม่ได้รับทุน

จบแล้ว ต้องการทำงานที่

- ☐ โรงเรียนแพทย์
- ☐ โรงพยาบาลรัฐบาล
- ☐ โรงพยาบาลเอกชน
- ☐ อื่นๆ ระบุ

ท่านยินดีหรือไม่ที่จะถูกตามมาดูแลผู้ป่วยของหน่วย ระหว่างนอกเวลาราชการ

- ☐ ยินดี เพราะ
-
- ☐ ไม่ยินดี เพราะ
-

ท่านยินดีหรือไม่ ถ้าถูกมอบหมายให้ทำงานอื่นให้หน่วยหรือภาควิชา ดังต่อไปนี้

การสอนหรือคุมสอบนักศึกษาแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์

☐ ยินดี เพราะ

☐ ไม่ยินดี เพราะ

การเข้าร่วมกิจกรรมของภาควิชาอายุรศาสตร์

(Noon report, Grand round, Interesting case, Mortality conference, Medical research conference) เป็นประจำ

☐ ยินดี เพราะ

☐ ไม่ยินดี เพราะ

การช่วยอาจารย์ในหน่วยทำวิจัย

☐ ยินดี เพราะ

☐ ไม่ยินดี เพราะ

ท่านยินดีหรือไม่ที่ต้องทำวิจัยด้วยตนเองอย่างน้อย 1 เรื่อง ในระหว่างการฝึกอบรม

☐ ยินดี เพราะ

☐ ไม่ยินดี เพราะ

ท่านจะอย่างไร ถ้าท่านมีความเห็นไม่ตรงกับแพทย์สาขาอื่นที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เช่น ศัลยแพทย์ รังสีรักษา เป็นต้น

.....

.....

.....

.....

.....

ท่านจะอย่างไร ถ้าผู้ป่วยมาปรึกษาขอ second opinion จากท่าน และท่านไม่เห็นด้วยกับความเห็นของแพทย์ท่านก่อนๆ

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ
(.....)

วันที่