



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2567

รูปถ่าย
1 นิ้ว

หลักสูตร อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ

วันที่สมัคร

สิทธิในการสมัคร

ไม่มีต้นสังกัด มีต้นสังกัด ชื่อต้นสังกัด.....

ชื่อ - นามสกุลภาษาไทย

ชื่อ - นามสกุลภาษาอังกฤษ

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง กรุ๊ปเลือด..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....สภาพสมรส.....

ชื่อสามี หรือภรรยา.....

ที่อยู่ของผู้สมัครที่ติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail

เลขที่บัตรประชาชน.....เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....

ออกให้ ณ วันที่.....

ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อผู้สมัครได้.....

ความสัมพันธ์.....โทร.....

สถานที่ปฏิบัติงานของผู้สมัคร.....

วุฒิการศึกษาและการปฏิบัติงาน

แพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ..... สถาบัน.....เกรดเฉลี่ย GPA.....

อายุรศาสตร์..... ว.ว. อ.ว. พ.ศ.

วุฒิอื่น (ถ้ามี).....

ประวัติการทำงาน

1. ตำแหน่ง.....โรงพยาบาล.....

จังหวัด.....ตั้งแต่.....ถึง.....

2. ตำแหน่ง.....โรงพยาบาล.....

จังหวัด.....ตั้งแต่.....ถึง.....

3. ตำแหน่ง.....โรงพยาบาล.....

จังหวัด.....ตั้งแต่.....ถึง.....

4. ตำแหน่ง.....โรงพยาบาล.....

เคยรับราชการในตำแหน่ง.....สังกัด.....
 ตั้งแต่.....ถึง.....อัตราเงินเดือนครั้งสุดท้าย.....บาท
 ระดับ.....ชื่อและตำแหน่งของผู้บังคับบัญชา.....

รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงาน 3 ท่าน (ควรเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรง 1 ท่าน)

1. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
 ที่อยู่.....
2. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
 ที่อยู่.....
3. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
 ที่อยู่.....

วัตถุประสงค์ในการสมัคร เป้าหมายในอนาคต ความคิดเห็นทั่วไป

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ..... (ผู้สมัคร)
 (.....)
 วันที่.....

หลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน (**กรุณากรอกรายละเอียดในรูปแบบ “การพิมพ์” เท่านั้น**)

- 1 หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับคัดเลือก
- 2 รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว 1 รูป
- 3 สำเนาใบปริญญาบัตร 1 ฉบับ
- 4 สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม 1 ฉบับ
- 5 Transcript 1 ฉบับ
- 6 Recommendation 3 ท่าน
- 7 Curriculum Vitae 1 ชุด
- 8 สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ
- 9 สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ

วิธีการนำส่งใบสมัคร

- 1.สามารถยื่นเอกสารด้วยตนเองที่สาขาวิชาโรคหัวใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี อาคาร 1 ชั้น 6 สาขาวิชาโรคหัวใจ
2. สแกนเอกสารตามลำดับ 1- 9 และส่งเป็น PDF ไฟล์มาที่ อีเมล Carido52@gmail.com
3. ในกรณีส่งไปรษณีย์พร้อมลงทะเบียน

ที่อยู่ในการจัดส่งใบสมัคร (ส่งไปรษณีย์พร้อมลงทะเบียน)
สาขาวิชาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ (อาคาร 1 ชั้น 6)
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์ 02-201-2426