



รูปถ่าย 2 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์

ประจำปีการศึกษา

- ☐ แพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์
☐ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาโภชนศาสตร์คลินิก
☐ อื่นๆ

ประเภทของการฝึกอบรม

- ☐ มีต้นสังกัด ที่
- ☐ ไม่มีต้นสังกัด

(กรุณาเขียนตัวบรรจง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ชื่อสกุลเดิม.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

สภาพสมรส ☐ คู่ ☐ โสด ☐ หม้าย ☐ หย่า

ชื่อสามี หรือภรรยา.....

การมีบุตร ☐ ไม่มีบุตร ☐ มีบุตร.....คน ☐ กำลังตั้งครรภ์.....เดือน

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้ทันทีและหากมีการเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งที่อยู่ใหม่ให้ภาควิชาฯ ทราบโดยด่วน)

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail.....

ชื่อบิดา.....อาชีพ.....

ที่อยู่.....

ชื่อมารดา.....อาชีพ.....

ที่อยู่.....

ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อผู้สมัครได้โทร.....

สถานที่ปฏิบัติงานของผู้สมัคร.....

วุฒิการศึกษาและการปฏิบัติงาน

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อ พ.ศ.....จากสถาบัน.....

เกรดเฉลี่ย GPA.....เกรด medicine ปี 4.....ปี 5.....ปี 6.....

วุฒิอย่างอื่น (ถ้ามี).....

เป็นแพทย์ฝึกหัดที่.....ตั้งแต่.....ถึง.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....

ปฏิบัติงานที่

1. ที่.....จังหวัด.....
ในตำแหน่ง.....ตั้งแต่.....ถึง.....
2. ที่.....จังหวัด.....
ในตำแหน่ง.....ตั้งแต่.....ถึง.....
3. ที่.....จังหวัด.....
ในตำแหน่ง.....ตั้งแต่.....ถึง.....

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

สำหรับผู้ที่ไม่มียศชั้นยศ เมื่อสำเร็จการฝึกอบรมแล้ว ข้าพเจ้าต้องการ (ตอบเพียงข้อเดียว)

- ☐ เป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์
- ☐ ศึกษาเพิ่มเติมในประเทศสาขา.....
- ☐ ทำงานในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
- ☐ ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกส่วนตัว
- ☐ ศึกษาต่อต่างประเทศ
- ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของข้าพเจ้าจำนวน 3 ท่าน (ควรเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรง 1 ท่าน)

1. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
ที่อยู่ เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส.....
2. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
ที่อยู่ เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส.....
3. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
ที่อยู่ เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส.....
4. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
ที่อยู่ เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส.....

คุณสมบัติของผู้สมัคร

- ☐ เป็นแพทยศาสตรบัณฑิตและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา
- ☐ เป็นผู้ไม่เคยมีพันธะในการชดใช้ทุนหรือเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานชดใช้ทุนครบถ้วนแล้ว หรือเป็นผู้ที่หมดพันธะในการชดใช้ทุนโดยการปฏิบัติงานในวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.
- ☐ เป็นผู้หมดพันธะการชดใช้ทุนโดยการใช้เงินแล้ว ไม่น้อยกว่า 2 ปี ในวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.
- ☐ เป็นผู้สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาแล้ว ไม่น้อยกว่า 3 ปี ในวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.
- ☐ ผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่มีความพิการซึ่งต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ เว้นแต่คณะกรรมการสอบคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาโศกนาฏศาสตร์คลินิก พิจารณาแล้วเห็นว่าความพิการนั้นเป็นอุปสรรคต่อการฝึกอบรม การปฏิบัติหน้าที่ และอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

หลักฐานที่ต้องแนบพร้อมใบสมัคร (สำหรับแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ทั่วไป) มีดังนี้

- ☐ หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับคัดเลือก
- ☐ หลักฐานการชดใช้ทุนโดยการใช้เงิน
- ☐ รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว 1 รูป
- ☐ สำเนาใบปริญญาบัตร 1 ใบ
- ☐ ใบประกอบโรคศิลป์ 1 ใบ
- ☐ Transcript 1 ใบ
- ☐ Recommendation 3 ทาน

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

(.....)

วันที่.....