รูปถ่าย
1 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2566

หลักสูตร อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ **วันที่สมัคร** .....

สิทธิในการสมัคร

❑ ไม่มีต้นสังกัด ❑ มีต้นสังกัด ชื่อต้นสังกัด.....

ชื่อ – นามสกุลภาษาไทย .....

ชื่อ – นามสกุลภาษาอังกฤษ .....

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

สัญชาติ.....เชื่อชาติ.....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

แพทยศาสตร์บัณฑิต พ.ศ..... สถาบัน.....เกรดเฉลี่ย GPA.....

อายุรศาสตร์..... ว.ว. ..... อ.ว. ..... พ.ศ .....

วุฒิอย่างอื่น (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

- ❑ หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับคัดเลือก
- ❑ รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว 1 รูป
- ❑ สำเนาใบปริญญาบัตร 1 ฉบับ
- ❑ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม 1 ฉบับ
- ❑ Transcript 1 ฉบับ
- ❑ Recommendation 3 ท่าน
- ❑ Curriculum Vitae 1 ชุด
- ❑ สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ
- ❑ สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ

สามารถยื่นเอกสารด้วยตนเองที่สาขาวิชาโรคหัวใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี อาคาร1 ชั้น 6 หรือ ส่งเป็น PDF ไฟล์มาที่ อีเมล์ Carido52@gmail.com (ในกรณีส่งไปรษณีย์พร้อมลงทะเบียน)

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