

แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการศึกษาเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาวิชาโรคไต

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

1. ข้อมูลส่วนตัวของผู้สมัคร

ชื่อ-นามสกุล (ไทย).....

(อังกฤษ).....

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

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

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

รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

2. คุณวุฒิทางการศึกษา

แพทยศาสตรบัณฑิต – ระบุชื่อสถาบันที่สำเร็จการศึกษาและสถาบันสมทบ (ถ้ามี)

.....

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

การฝึกอบรมสาขาวิชาอายุรศาสตร์

แพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์  แพทย์ใช้ทุน/แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรฯ

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

3. สิทธิในการสมัคร (โปรดระบุชื่อต้นสังกัดที่ได้รับการอนุมัติหรือรอการอนุมัติ)

มีต้นสังกัดจาก.....

อยู่ระหว่างการรออนุมัติจาก..... เพื่อเป็นต้นสังกัด

ไม่มีต้นสังกัด (อิสระ)

4. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ภาวะการชดใช้ทุน

โครงการเพิ่มพูนทักษะปฏิบัติงานที่.....

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 ไฟล์มาที่อีเมล [nephroamamahidol@gmail.com](mailto:nephroamamahidol@gmail.com)

1. แบบแสดงความจำนง (ใบสมัคร)
2. รูปถ่าย 2 นิ้ว
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
4. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (Transcript)
5. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
6. สำเนาวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติอายุรศาสตร์ทั่วไป (ถ้ามี)
7. หนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ หรือ กำลังปฏิบัติงานในฐานะแพทย์ใช้ทุน/แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรฯ ปี สุกท้าย (ในกรณีที่ยังอยู่ในระหว่างการศึกษา/ฝึกอบรม)
8. หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากอาจารย์ และผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด Recommendation 3 ฉบับ ส่งตรงถึง

ศ.พญ.สินี ดิษฐบรรจง  
ห้องพักอาจารย์แพทย์อายุรศาสตร์ชั้น 7 อาคาร 1  
โรงพยาบาลรามาธิบดี  
270 ถ.พระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ 10400

9. หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก (หากต้นสังกัดประกาศผลพิจารณาทุนแล้ว)