

**ใบแสดงความจำนงเข้าปฏิบัติงานขอใช้ทุนของนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญา
ซึ่งสำเร็จการศึกษาประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ (รอบที่ ๑)**

๑. ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
รหัสนักศึกษา.....เลขบัตรประชาชน.....
อายุ.....ปี.....เดือน เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
E-mail
เป็นผู้จะสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เดือน.....พ.ศ.....
จากมหาวิทยาลัย.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
หากยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คาดว่าจะได้รับเดือน.....
นอกจากทำสัญญาเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาแพทยศาสตร์แล้ว ข้าพเจ้ายังได้รับทุนอุดหนุนการศึกษาจาก
(ระบุชื่อทุน).....
โดยมีข้อผูกพัน.....
☐ เป็นแพทย์โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท
☐ CPIRD จังหวัดขอใช้ทุนตามสัญญา
☐ ODOD จังหวัดขอใช้ทุนตามสัญญา
๒. สถานที่เกิด อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ที่อยู่/สถานที่ติดต่อได้เมื่อมีเรื่องด่วน บ้านเลขที่.....ซอย/ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....
๓. บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....
ยังมีชีวิตอยู่/ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
อาชีพของบิดา ☐ รับราชการ ☐ ธุรกิจเอกชน ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ อาชีพส่วนตัว/อิสระ
☐ เกษตรกร ☐ พ่อบ้าน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
๔. มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....
ยังมีชีวิตอยู่/ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
อาชีพของมารดา ☐ รับราชการ ☐ ธุรกิจเอกชน ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ อาชีพส่วนตัว/อิสระ
☐ เกษตรกร ☐ แม่บ้าน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

๕. วุฒิการศึกษา (เดิม) ชื่อสถานศึกษาอำเภอ/เขต.....เริ่มศึกษา.....
สำเร็จการศึกษาของนักศึกษาและจังหวัด..... พ.ศ. พ.ศ.
ประถมศึกษาปีที่ ๖.....
มัธยมศึกษาปีที่ ๓.....
มัธยมศึกษาปีที่ ๖.....
๖. การสอบเพื่อประเมินความรู้ ความสามารถ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ณ วันที่กรอกใบสมัคร
ขั้นตอนที่ ๑ ☐ ผ่าน วันที่..... ☐ ไม่ผ่าน
ขั้นตอนที่ ๒ ☐ ผ่าน วันที่..... ☐ ไม่ผ่าน
ขั้นตอนที่ ๓ ☐ ผ่าน วันที่..... ☐ ไม่ผ่าน
๗. ข้าพเจ้า.....ขอสมัครเข้าปฏิบัติงานขอใช้ทุนในหน่วยงานดังนี้
โปรดทำเครื่องหมาย x ในช่อง ☐ เพียงแห่งเดียว (รอบ ๑ เลือกหน่วยงานได้ ๑ แห่งเท่านั้น)
๑. ☐ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๒. ☐ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
๓. ☐ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล
๔. ☐ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๕. ☐ กองบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
๖. ☐ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๗. ☐ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
๘. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
☐ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
☐ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน จ.นนทบุรี
๙. ☐ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๑๐. ☐ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๑๑. ☐ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๑๒. ☐ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
๑๓. ☐ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
๑๔. ☐ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๕. ☐ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
๑๖. ☐ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
๑๗. ☐ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
๑๘. ☐ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
๑๙. ☐ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
๒๐. ☐ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์
๒๑. ☐ คณะแพทยศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

๒๒. กระทรวงกลาโหม

- ☐ สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม
- ☐ กองบัญชาการกองทัพไทย
- ☐ กองทัพบก
- ☐ กองทัพเรือ
- ☐ กองทัพอากาศ

๒๓. ☐ สถาบันนิติวิทยาศาสตร์

๒๔. ☐ โรงพยาบาลตำรวจ

๒๕. สภากาชาดไทย

- ☐ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จ.ชลบุรี
- ☐ สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์
- ☐ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

๒๖. ☐ กรมราชทัณฑ์

๒๗. กระทรวงสาธารณสุข

๒๗.๑ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- ☐ หน่วยบริการในส่วนภูมิภาค
- ☐ โครงการแพทย์พี่เลี้ยง
- ☐ โครงการแพทย์ Fammed

๒๗.๒ กรม

- ☐ กรมการแพทย์
- ☐ กรมอนามัย
- ☐ กรมควบคุมโรค
- ☐ กรมสุขภาพจิต

๒๘. ☐ ประสงค์ใช้ค่าปรับแทนการปฏิบัติงานชดใช้ทุน

หมายเหตุ

๑. กรณีที่นักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ ไม่ผ่านการคัดเลือกในรอบที่ ๑ ต้องยื่นแสดงความจำนงในรอบที่ ๒
๒. นักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท แสดงความจำนงเลือกสถานที่ปฏิบัติงานชดใช้ทุน ที่หน่วยบริการในส่วนภูมิภาค หรือโครงการแพทย์ Fammed เท่านั้น

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
...../...../.....



โปรดส่งใบแสดงความจำนงนี้ คืน คณะแพทยศาสตร์ ภายในวันที่วันศุกร์ที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๔
(สถานศึกษากำหนด)

สามารถดาวน์โหลด...

- สามารถดาวน์โหลด ๑. Flow การแสดงความจำนงเข้าปฏิบัติงานชดใช้ทุนของนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ
๒. โควตานักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ ของส่วนราชการ/หน่วยงาน
๓. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจัดสรรนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ
๔. แนวปฏิบัติเกี่ยวกับแพทย์คู่สัญญาระหว่างชดใช้ทุน
๕. รายชื่อหน่วยงานและสถานที่ติดต่อ

ได้ที่ QR code นี้



หรือที่ Link : shorturl.at/iFJVY