

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

รูปถ่าย หน้าตรง
ขนาด 2 นิ้ว
ไม่สวมหมวก

กรุณารอกข้อมูลให้ละเอียดและครบทุกข้อ

1. ชื่อ.....นามสกุล.....
2. สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
3. เพศ () ชาย () หญิง
4. สถานภาพสมรส () โสด () แต่งงานแล้ว () หย่า
จำนวนบุตร-ธิดา รวม.....คน
5. เกิดวันที่เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
6. ที่อยู่ปัจจุบัน
.....โทรศัพท์.....
E-mail.....
5. สถานที่ที่ติดต่อกันได้ด้วยตนเอง
.....
.....โทรศัพท์.....
6. ชื่อบิดา.....อาชีพ.....
ที่อยู่.....
7. ชื่อมารดา.....อาชีพ.....
ที่อยู่.....
8. ชื่อคู่สมรส.....อาชีพ.....
ที่อยู่.....
9. ต้องการสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1
พันธะต่อรัฐบาล () รับทุน โปรตระบุงักัด.....
() ไม่รับทุน

10.การศึกษา

ชื่อและสถานที่ตั้ง	ประกาศนียบัตร หรือ ปริญญาบัตร	พ.ศ. เริ่มเรียน	พ.ศ. ที่สำเร็จ	รางวัล หรือ เกียรตินิยม
.....				
.....				
.....				
.....				

11. ประวัติการทำงาน

ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน	ตั้งแต่	ถึง	ชื่อและตำแหน่งของ ผู้บังคับบัญชา
1.....				
2.....				
3.....				
4.....				
5.....				

12. ชื่อและสถานที่อยู่ของผู้รับรอง

(ต้องเป็นผู้บังคับบัญชาปัจจุบัน 1 ท่าน และไม่ใช่อำจารย์ของภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
โรงพยาบาลรามาริบัติ)

- ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
ที่อยู่.....โทรศัพท์มือถือ.....
E-mail.....
- ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
ที่อยู่.....โทรศัพท์มือถือ.....
E-mail.....
- ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
ที่อยู่.....โทรศัพท์มือถือ.....
E-mail.....
- ชื่อ.....ตำแหน่ง.....
ที่อยู่.....โทรศัพท์มือถือ.....
E-mail.....

13. ท่านเคยมีส่วนร่วมในกิจกรรมภายในมหาวิทยาลัยหรือไม่

(ประเภทของกิจกรรมและหน้าที่)

.....

.....

.....

14. กิจกรรมอื่นๆ นอกมหาวิทยาลัย

.....
.....
.....

15. การเขียนบทความทางวิชาการและอื่นๆ

.....
.....
.....
.....

16. หน้าที่และความรับผิดชอบต่องานในอนาคต (ภายหลังจบการอบรม) ของท่านเป็นอย่างไร

.....
.....
.....
.....

17. ลำดับภาควิชา และสถาบันที่ท่านต้องการสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน

อันดับที่ 1
อันดับที่ 2
อันดับที่ 3
อันดับที่ 4

18. พร้อมใบสมัครนี้ โปรดแนบสำเนาใบคะแนนการศึกษา และสำเนาใบปริญญาบัตร

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

270 ถนนพระราม 6 ราชเทวี กทม.10400 โทรศัพท์ 0-2201-2192 โทรสาร 0-2201-1416

หมายเหตุ หากมีข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อที่ คุณสุกัญญา มาโค

โทรศัพท์ 0-2201-2192 Email : obgynrama.res@gmail.com