

แบบฟอร์มเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest)
ของคณะกรรมการพิจารณาสอบคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน
สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
ปีการศึกษา

.....

ข้าพเจ้า ☐ นพ. ☐ พญ.

ตำแหน่งทางวิชาการ ☐ อาจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ศาสตราจารย์
ภาควิชาสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ขอทำคำรับรองเป็นเอกสารเพื่อยืนยันว่าในการดำเนินการใดๆ เกี่ยวกับการประเมินผลสอบ
คัดเลือก สัมภาษณ์แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ข้าพเจ้าไม่อยู่ในฐานะเป็นญาติสายตรงเกี่ยวข้องกับผู้เข้ารับการคัดเลือก เป็น
บุพการี พี่หรือน้อง อันอาจทำให้เกิดการดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินผลและการสอบผู้เข้ารับการคัดเลือก
ไม่ยุติธรรม

ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากมีกรณีดังกล่าวข้างต้นในการดำเนินการประเมินผลและการสอบ
คัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน ข้าพเจ้ายินดีพักการปฏิบัติหน้าที่ทันทีที่ได้รับการร้องขอ

ลงชื่อ.....

(.....)