รูปถ่าย 2 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด
ประจำปีการฝึกอบรม 2559

ให้กรอกข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง และจัดเตรียมเอกสารประกอบตามที่ระบุไว้ด้วยเครื่องหมาย ☑ เอกสารที่แนบหากเป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

ก. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร ○ นาย ○นาง ○นางสาว_____นามสกุล_____

วันเดือนปีเกิด _____/_____/_____ เชื้อชาติ_____สัญชาติ_____

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

<u>หลักฐานที่ผู้สมัครทุกสาขาต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้</u>

☑ (1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☑ (2) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล / ใบทะเบียนสมรส (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล)

ข. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่_____หมู่ที่_____ซอย_____ ถนน_____

ตำบล_____อำเภอ_____จังหวัด_____รหัสไปรษณีย์_____

โทรศัพท์_____โทรศัพท์มือถือ_____E-mail_____

ค. สาขาและสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการเลือกสมัคร (ระบุชื่อสาขา)

ตามประกาศของแพทยสภาได้กำหนดให้สาขาที่ท่านเลือกสมัครเป็นสาขาประเภทที่_____

และผู้สมัครจะต้องส่งเอกสารประกอบการสมัครสาขาดังกล่าวดังนี้

☐ **สาขาประเภทที่ 1** ผู้สมัครต้องได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ไม่จำเป็นต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ 1 ปี และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนก่อน ผู้สมัครอิสระต้องไม่มีพันธะในการชดใช้ทุน

☐ **สาขาประเภทที่ 2** ผู้สมัครต้องได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ 1 ปี และได้ปฏิบัติงาน / ปฏิบัติงานชดใช้ทุนตามจำนวนปีที่แพทยสภากำหนด

☐ **สาขาประเภทที่ 3** ผู้สมัครต้องได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ หรือกำลังฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านตามโครงการของแพทยสภาในปีสุดท้าย หรือเป็นผู้มีสิทธิ์สมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯในสาขาที่กำหนดเป็นสาขาหลักก่อน (ถ้าเป็นสาขาต่อยอด จะขอเข้าศึกษาในชั้นปีที่ _____)

สาขา/อนุสาขาที่ต้องการสมัคร _____

ชื่อสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการเลือกสมัคร (เรียงลำดับความต้องการ)

ลำดับที่ 1_____

ลำดับที่ 2_____

ลำดับที่ 3_____

ลำดับที่ 4_____

ง. คุณวุฒิทางการศึกษา

ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ _____

ปีพ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา_____เกรดเฉลี่ย_____

<u>หลักฐานที่ผู้สมัครทุกสาขาต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้</u>

☑ (3) สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (หากผู้สมัครกำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีสุดท้าย ให้ส่งสำเนาใบแสดงผลการศึกษาจนถึงปีปัจจุบัน พร้อมหนังสือรับรองว่าจะสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์ก่อนวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2557)

☑ (4) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม)

เลขที่_____ออกให้ ณ วันที่_____เดือน_____พ.ศ._____

จ. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

* ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ○ ไม่เคย ○ เคย

เหตุผล_____ ปี พ.ศ. ที่สมัคร _____

* ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ○ ไม่เคย ○ เคย

สาขา _____ ปี พ.ศ. ที่จบหรือจะจบ_____

<u>หลักฐานที่ผู้สมัครสาขาประเภทที่ 3 ต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้</u>

○ (5) สำเนาหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ หรือหนังสือรับรองการปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 หรือการปฏิบัติงานเป็นแพทย์ชดใช้ทุนในส่วนภูมิภาคครบ 42 เดือน สาขา _____

ฉ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / ภาระการชดใช้ทุน **จนถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2559**

* **โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ** ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาล _____

ตั้งแต่เดือน _____พ.ศ._____ ถึง เดือน _____พ.ศ._____

* **ภาระการชดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)**

○ มี ปฏิบัติมาแล้ว_____ปี ○ ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี ○ ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

* **ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม** เป็นเวลา_____ปี นับจนถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2558

* **สถานที่ทำงานปัจจุบัน**

_____

_____

_____

* **รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร** จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)

- ชื่อ-สกุล _____ตำแหน่ง_____

ที่อยู่ _____โทรศัพท์_____

- ชื่อ-สกุล _____ตำแหน่ง_____

ที่อยู่ _____โทรศัพท์_____

<u>หลักฐานที่ผู้สมัครสาขาประเภทที่ 2 ต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้</u>

○ (6) ประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ

ช. สิทธิ์ในการสมัคร

○ ไม่มีต้นสังกัด

○ มีต้นสังกัด (ชื่อต้นสังกัด_____ตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด _____)

<u>หลักฐานที่ผู้สมัครทุกสาขาที่ใช้สิทธิ์ต้นสังกัดต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้</u>

○ (7) หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก

<u>รวมหลักฐานที่ผู้สมัครส่งพร้อมใบสมัครนี้ 3 ฉบับ</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิ์ในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจถูกดำเนินตามกฎหมาย

ลายเซ็นผู้สมัคร _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ส่งใบสมัครและหลักฐานทั้งหมด ด้วยตนเอง หรือทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ EMS

ที่ : สำนักงานราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 9

ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

<u>หมดเขตส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ 31 พฤษภาคม 2559</u>