

ใบสมัครฝึกอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูงอัลตราซาวด์ทางสูติศาสตร์

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

1. ชื่อ-นามสกุล.....
 2. ชื่อ-นามสกุล(ภาษาอังกฤษ).....
 3. เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
 4. อาชีพ () แพทย์ทั่วไป
() สูติ-นรีแพทย์
() รังสีแพทย์
() พยาบาล ผ่านงานห้องคลอดมาแล้ว.....ปี
 5. เพศ () ชาย () หญิง
 6. สถานภาพสมรส () โสด () แต่งงานแล้ว () หย่า
จำนวนบุตร - ธิดา รวม.....คน
 7. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
 8. ที่อยู่ปัจจุบัน.....
.....
 9. โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....
E-mail.....
 10. ประวัติการทำงานปัจจุบัน
สถานที่ทำงาน.....
ตำแหน่ง.....
 11. ประสบการณ์การตรวจอัลตราซาวด์ทางสูตินรีเวช.....ปี
 12. ความคาดหวังของการเข้าฝึกอบรมครั้งนี้
.....
.....
 13. หน้าที่และความรับผิดชอบต่องานในอนาคต (ภายหลังจบการอบรม) ของท่านเป็นอย่างไร
.....
.....
- พร้อมใบสมัครนี้ โปรดแนบรูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว สำเนาใบปริญญาบัตร และสำเนาบัตรประชาชน

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

270 ถนนพระราม 6 ราชเทวี กทม. 10400

โทรศัพท์. 0-2201-2166 โทรสาร. 0-2201-1416