**หนังสือรับรองความประพฤติและผลการปฏิบัติงานระหว่างการฝึกอบรม**

 หนังสือฉบับนี้รับรองว่า แพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน / แพทย์ประจำบ้านต่อยอด

ชื่อ......................................................................นามสกุล...............................................................อายุ....................ปี

ประเภทการฝึกอบรม ❒ แพทย์ประจำบ้าน สาขา..................................................................ปีที่......................

❒ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขา.................................................ปีที่......................

เริ่มฝึกอบรม วันที่..........เดือน..............พ.ศ............

เป็นผู้มีความประพฤติ อยู่ในเกณฑ์ ❒ ปานกลาง ❒ ดี ❒ ดีเยี่ยม

ผลการปฏิบัติงานระหว่างการฝึกอบรม อยู่ในระดับ ❒ ปานกลาง ❒ ดี ❒ ดีเยี่ยม

เหมาะสมกับการขอรับทุนสนับสนุนแพทย์ประจำบ้าน (Resident) และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด (Fellow) ในการเดินทางไป elective ต่างประเทศ โดยมีข้อพิจารณา คือ................................................

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

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

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

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

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

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

 ลงชื่อ...................................................................

 (................................................................)

 ประธานฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน หลักสูตร...................................................

 วันที่ ..............................................................