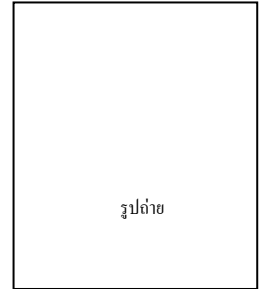




แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ฝึกอบรมเฉพาะทาง  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ประเภทการฝึกอบรม  แพทย์ประจำบ้าน  
 แพทย์ประจำบ้านต่อยอด  ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง  
หลักสูตร ..... ปีการศึกษา .....



ให้กรอกข้อความโดยการพิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง และทำเครื่องหมาย ✓  
หรือระบุตัวเลขในช่อง  ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง

ก. ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (ภาษาไทย) .....

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (ภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ใหญ่) .....

วันเดือนปีเกิด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ข. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ค. ชื่อสาขาวิชา/ภาควิชา ที่ต้องการสมัครเข้าคัดเลือกเพื่อฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง (เลือก 1 แห่ง/เท่านั้น)

ง. คุณวุฒิทางการศึกษา

ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต.....

ปี พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....เกรดเฉลี่ย.....

จ. ประสบการณ์การสมัคร/ การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง

• ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่  ไม่เคย  เคย  
(โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่สมัคร).....

• ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่  ไม่เคย  เคย  
(โปรดระบุสถาบัน สาขา และปี พ.ศ. ที่จบ หรือจะจบ)  
สถาบัน .....สาขา ..... ปีพ.ศ.....

ฉ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ภาระการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / ภาระการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 มิถุนายน ของปีที่สมัคร

• โครงการเพิ่มพูนทักษะ 1. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....  
ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....

2. ปฏิบัติงานเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล.....  
ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....

• ภาระการชดใช้ทุนที่ยังเหลืออยู่ (การชดใช้ทุนให้ครบรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ)  
 ไม่มี เพราะปฏิบัติงานครบถ้วนแล้ว 3 ปี  ไม่มี ได้ชดใช้เงินแล้ว เมื่อ .....

มีภาระการชดใช้ทุน ปฏิบัติมาแล้ว.....ปี  อื่นๆ (ระบุ) .....

- ปัญหาที่ผ่านมาในการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ  
 ไม่มี       มี (ระบุ) .....
- สถานที่ทำงานปัจจุบัน ..... โทรศัพท์ .....
- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร  
 (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิดอย่างน้อย 2 คน)

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่ - โทรศัพท์

- ข. สิทธิในการสมัคร  มีต้นสังกัด (ระบุชื่อต้นสังกัดและตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด)  
 .....  
 ไม่มีต้นสังกัด

ข. เอกสารหลักฐานที่ต้องส่งมาพร้อมแบบแสดงความจำนง (สำเนา – ต้องมีการลงนามกำกับรับรองด้วย)

1. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
3. สำเนาวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
5. สำเนาหนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรม และรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก (ถ้ามี)
6. หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน จากผู้บังคับบัญชาและ/หรือ ผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด จำนวน 2 ฉบับ

ลายเซ็นผู้สมัคร .....

วันที่ ..... / .....

หมายเหตุ: ใบสมัครนี้ใช้เป็นการภายใน สำหรับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เท่านั้น ผู้สมัครที่ต้องการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดของแพทยสภา ต้องปฏิบัติตามระเบียบของแพทยสภาที่กำหนดไว้ในแต่ละปีการศึกษาด้วย

