

ใบสมัครหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางด้านคลินิกอนุสาขา  
โรคเส้นผม และการผ่าตัดปลูกถ่ายเส้นผม  
ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ชื่อ.....ชื่อสกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่ติดต่อได้ทันที)

เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรสาร.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

วุฒิการศึกษาและการปฏิบัติงาน

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิตจาก.....เมื่อ พ.ศ.....

วุฒิอย่างอื่น(ถ้ามี).....

สำเร็จการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านหรือกำลังอยู่ในระหว่างการฝึกอบรมที่

.....

รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว

ประวัติการอบรมศึกษา, ปฏิบัติงานหรือดูงาน (เรียงตามลำดับปี) ดังนี้

	สถาบัน	ตำแหน่ง	ปี พ.ศ.
1	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....
6	.....	.....	.....

ขณะที่สมัคร กำลังปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....ที่.....

อัตราเงินเดือนครั้งสุดท้าย.....บาท

ต้นสังกัดที่ส่งเข้าฝึกอบรม  มี ชื่อสถาบันต้นสังกัด.....  
 ไม่มี (สมัครอิสระ)

ผู้รับรองอย่างน้อย 2 คน (ผู้บังคับบัญชา หรือผู้ที่เคยให้การฝึกอบรม)

1. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่.....  
.....โทรศัพท์.....

2. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่.....  
.....โทรศัพท์.....

3. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่.....  
.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอสมัคร หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ฝึกอบรมเฉพาะทางสาขาโรคเส้นผม และการผ่าตัด  
ปลูกถ่ายเส้นผม ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ระยะเวลาฝึกอบรม 1 ปี ตั้งแต่  
วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. .... ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. ....

หลักฐานที่ต้องการเพื่อประกอบการพิจารณา

- ใบประเมินผลการศึกษาแพทยศาสตร์ (Transcript)
- ใบปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต
- ใบผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม แพทยสภา
- ใบวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาตจวิทยา
- ใบวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง
- ใบประเมินผลการฝึกอบรมแพทย์ฝึกหัดจากสถาบันฝึกอบรม
- บัตรประชาชน/ทะเบียนบ้านผู้สมัคร
- ทะเบียนบ้านผู้สมัคร

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์

ชื่อผู้สมัครที่ทำนรับรอง (นพ. พญ.) .....

ประเมินในฐานะ .....

ระยะเวลาในการประเมิน .....

	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
<b>1. ความรู้ความสามารถในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย</b>					
ก. ความรู้ความสามารถทางวิชาการ					
ข. ความสนใจใฝ่รู้					
ค. การเรียนรู้ด้วยตนเอง					
ง. การนำความรู้มาประยุกต์					
<b>2. ลักษณะการทำงาน</b>					
ก. ความรับผิดชอบในงาน					
ข. การตรงต่อเวลา					
ค. คุณภาพของงานที่ได้กระทำ					
ง. มนุษย์สัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ					
จ. มนุษย์สัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน					

### 3. ความเหมาะสมในการเป็นแพทย์ผิวหนัง

.....

.....

.....

.....

### 4. ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ .....

( .....

ตำแหน่ง .....

## แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์

ชื่อผู้สมัครที่ทำนรับรอง (นพ. พญ.) .....

ประเมินในฐานะ .....

ระยะเวลาในการประเมิน .....

	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
<b>1. ความรู้ความสามารถในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย</b>					
ก. ความรู้ความสามารถทางวิชาการ					
ข. ความสนใจใฝ่รู้					
ค. การเรียนรู้ด้วยตนเอง					
ง. การนำความรู้มาประยุกต์					
<b>2. ลักษณะการทำงาน</b>					
ก. ความรับผิดชอบในงาน					
ข. การตรงต่อเวลา					
ค. คุณภาพของงานที่ได้กระทำ					
ง. มนุษย์สัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ					
จ. มนุษย์สัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน					

### 3. ความเหมาะสมในการเป็นแพทย์ผิวหนัง

.....

.....

.....

.....

### 4. ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ .....

( .....

ตำแหน่ง .....

## แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์

ชื่อผู้สมัครที่ทำนรับรอง (นพ. พญ.) .....

ประเมินในฐานะ .....

ระยะเวลาในการประเมิน .....

	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
<b>1. ความรู้ความสามารถในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย</b>					
ก. ความรู้ความสามารถทางวิชาการ					
ข. ความสนใจใฝ่รู้					
ค. การเรียนรู้ด้วยตนเอง					
ง. การนำความรู้มาประยุกต์					
<b>2. ลักษณะการทำงาน</b>					
ก. ความรับผิดชอบในงาน					
ข. การตรงต่อเวลา					
ค. คุณภาพของงานที่ได้กระทำ					
ง. มนุษย์สัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ					
จ. มนุษย์สัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน					

### 3. ความเหมาะสมในการเป็นแพทย์ผิวหนัง

.....

.....

.....

.....

### 4. ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ .....

( .....

ตำแหน่ง .....