



## ประกาศการรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2565

ตั้งแต่วันที่ 1 - 31 ตุลาคม 2564

กรอกใบสมัครด้วยตนเองตามประกาศการรับสมัครแพทย์ประจำบ้านของแพทยสภา

**\*ผู้สมัครแพทย์ประจำบ้านที่เลือกสอบสัมภาษณ์ที่ศิริราช ต้องส่งใบสมัครของศิริราชด้วย\***

และส่งมาที่หัวหน้าภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

หลักฐานและเอกสารการสมัคร ของศิริราช มีดังต่อไปนี้

1. ใบสมัครของภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. ใบสมัครให้ติดรูปถ่าย 2 นิ้ว ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 1 รูป
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
4. สำเนาหลักฐานทางการศึกษา (Transcript)
5. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
6. ชื่อ ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้รับรองการทำงาน จำนวนไม่น้อยกว่า 3 คน (จากผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ที่รับผิดชอบการปฏิบัติทำงานโดยตรงไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ทางแผนกหู คอ จมูก)
7. เขียนบทความเล่าประวัติส่วนตัว ประวัติการปฏิบัติงาน และเหตุผลที่สมัครเรียนสาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา
8. สำเนาหนังสือจากต้นสังกัดลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงานต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม)
9. หนังสือแสดงความยินยอมให้นำข้อมูล

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่  
งานการศึกษา ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
ตึกสยามินทร์ชั้น 15 โทรศัพท์ 02-419-8045



ที่ติดรูปถ่าย  
ขนาด 1-2 นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการรักษาเลือกเพื่อฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้าน สาขาโสต คอ นาสิกวิทยา

ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ก่อนกรอกใบสมัครโปรดดูคำแนะนำในระเบียบการ ให้กรอกข้อความโดยการพิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง  
และทำเครื่องหมาย ✓ ตามความเป็นจริง

### 1. ชื่อ-สกุลผู้สมัคร

นายแพทย์  แพทย์หญิง.....อายุ.....ปี

Name

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... จังหวัด.....

สถานะ  โสด  สมรส  หย่า คู่สมรสชื่อ..... อาชีพ.....

บุตร.....คน

### 2. คุณสมบัติ

จบการศึกษา พ.บ. จาก..... ปี พ.ศ.....เกรดเฉลี่ย.....

สถานที่ขอใช้ทุน ปี1.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สถานที่ขอใช้ทุน ปี2.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ปี3.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ปัจจุบันทำงานที่.....กลุ่มงาน.....ตำแหน่ง.....

งานที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย เช่น.....

3. ต้นสังกัด  มี  ไม่มี  รอการพิจารณา สถาบัน/โรงพยาบาล.....

### 4. หลักฐานที่ส่งพร้อมใบสมัคร (เช่นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย)

รูปถ่ายขนาด 1 หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (เขียนชื่อนามสกุลหลังรูป)  สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน  สำเนาศึกษา (Transcript)  ประวัติส่วนตัว และ ประวัติการทำงาน

สำเนาหนังสือจากต้นสังกัดลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงานต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม)

หนังสือแสดงความยินยอมให้นำข้อมูลส่วนตัวไปใช้ประกอบการคัดเลือกเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

ขอรับรองว่าข้อความใช้ในการสมัครถูกต้องทุกประการ

ลายเซ็น .....

รายชื่อผู้รับรองการทำงาน (เป็นผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ที่รับผิดชอบการปฏิบัติทำงานโดยตรง) อย่างน้อย 3 คน

1. ชื่อ-สกุล.....โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....ซอย.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

2. ชื่อ-สกุล.....โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....ซอย.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

3. ชื่อ-สกุล.....โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....ซอย.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

5. เหตุผลที่ขอสมัครเข้ารับการศึกษา.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอรับรองว่าข้อความใช้ในการสมัครถูกต้องทุกประการ  
ลายเซ็น.....

## 6. ข้อมูลเพิ่มเติม

### 6.1 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

ที่อยู่.....ซอย.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....  
E-Mail.....

### 6.2 ชื่อ-สกุลบิดา.....อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม

ที่อยู่.....ซอย.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

### 6.3 ชื่อ-สกุลมารดา.....อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม

ที่อยู่.....ซอย.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

### 6.4 นอกเวลาราชการท่านทำคลินิกส่วนตัวหรือไม่

ทำ  ไม่ทำ สถานที่.....

### 6.5 ความสามารถทางภาษา

ภาษา (Language Skills)		ดีมาก	ดี	พอใช้
ไทย	พูด (Speaking)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	อ่าน (Reading)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	เขียน (Writing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อังกฤษ	พูด (Speaking)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	อ่าน (Reading)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	เขียน (Writing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อื่นๆ	พูด (Speaking)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	อ่าน (Reading)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	เขียน (Writing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.6 ความสามารถพิเศษ  กีฬา.....  
 ดนตรี.....  
 อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้ในการสมัครถูกต้องทุกประการ หากข้อความและเอกสารไม่ถูกต้องหรือเป็นเท็จ

ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การเข้ารับการศึกษา

ลายเซ็นผู้สมัคร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
หนังสือแสดงความยินยอมให้นำข้อมูลส่วนตัวไปใช้ประกอบการคัดเลือกเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

ให้ตัวท่านเป็นผู้กรอกข้อความและทำเครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความแสดงเจตนา

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....รหัสประจำตัวนักศึกษา.....

สถาบัน.....จบปีการศึกษา.....

ได้รับทราบการดำเนินการของภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยฝ่ายการศึกษาภาควิชา/  
คณะกรรมการหลักสูตร/คณะกรรมการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน ในเรื่องเกี่ยวกับข้อมูลประวัติ พฤติกรรม สุขภาพ และผล  
การศึกษาของข้าพเจ้าดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้กรอกประวัติส่วนตัว ครอบครัว ประวัติสุขภาพ และผลการเรียนให้ไว้ที่คณะฯ และรับทราบว่าข้อมูลประวัติ  
ส่วนตัว ครอบครัว ประวัติสุขภาพ ตั้งแต่สอบคัดเลือกเข้าศึกษาตลอดจนข้อมูลที่เพิ่มเติมขึ้น และผลการศึกษาในระหว่างที่ศึกษาอยู่  
ในมหาวิทยาลัย รวมอยู่ในคลังข้อมูลของคณะฯและหน่วยงานในสังกัดมหาวิทยาลัยที่ข้าพเจ้าจบการศึกษา

ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมและอนุญาตให้หัวหน้าภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยฝ่าย  
การศึกษา/คณะกรรมการหลักสูตร/คณะกรรมการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขอข้อมูลต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว  
ในข้อ 1. เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านประมวลผลการศึกษา รวมถึงการติดตามให้การแนะ  
แนวการศึกษา

ข้อ 3. ข้าพเจ้ายินยอมให้หัวหน้าภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยฝ่ายการศึกษา/  
คณะกรรมการหลักสูตร/คณะกรรมการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน ติดต่อขอทราบผลการสอบ/ ข้อมูลส่วนตัว/ ข้อมูลสุขภาพ/  
ข้อมูลและประวัติอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งภาควิชาโสตฯ พิจารณาแล้วเห็นว่าจะประโยชน์แก่ข้าพเจ้า หรือเป็น  
ประโยชน์ต่อการพิจารณาเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน โดยจะไม่มีเปิดเผยต่อบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องหรือมีข้อบ่งชี้ว่า  
เป็นข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า

ข้อ 4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหัวหน้าภาควิชาโสตฯ จะมีการติดต่อสื่อสารและประสานงานกับ บิดา มารดา ผู้ปกครอง และ  
ผู้บังคับบัญชา ในเรื่องผลการศึกษา พฤติกรรมต่างๆ และการปฏิบัติงาน ของข้าพเจ้าเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม

ได้แสดงเจตนาให้ไว้ ณ วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้แสดงเจตนา