



ประกาศการรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2565

ตั้งแต่วันที่ 1 – 31 ตุลาคม 2564

กรอกใบสมัครด้วยตนเองตามประกาศการรับสมัครแพทย์ประจำบ้านของแพทยสภา

ผู้สมัครแพทย์ประจำบ้านที่เลือกศิริราช ต้องส่งใบสมัครของศิริราชด้วย

และส่งมาที่หัวหน้าภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

หรือ ส่งมาที่อีเมล sienteducation@gmail.com

หลักฐานและเอกสารการสมัคร ของศิริราช มีดังต่อไปนี้

1. ใบสมัครของภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. ใบสมัคร ให้ติดรูปถ่าย 2 นิ้ว ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 1 รูป
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
4. สำเนาหลักฐานทางการศึกษา (Transcript)
5. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
6. ชื่อ ที่อยู่ อีเมลและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้รับรองการทำงาน จำนวนไม่น้อยกว่า 3 คน(จากผู้บังคับบัญชา หรืออาจารย์ที่รับผิดชอบการปฏิบัติงานโดยตรงไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ทางแผนกหู คอ จมูก)
7. เขียนบทความเล่าประวัติส่วนตัว ประวัติการปฏิบัติงาน และเหตุผลที่สมัครเรียนสาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา
8. สำเนาหนังสือจากต้นสังกัดลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงานต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรม และรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม)
9. หนังสือแสดงความยินยอมให้นำข้อมูล

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

งานการศึกษา ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ตึกสยามินทร์ชั้น 15 โทรศัพท์ 02-419-8045



ที่ติดรูปถ่าย
ขนาด 1-2 นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้าน สาขาโสต ศอ 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 (เซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย)

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

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ☐ สำเนาการศึกษา (Transcript) ☐ ประวัติส่วนตัว และ ประวัติการทำงาน

☐ สำเนาหนังสือจากต้นสังกัดลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงานต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อ
ได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม)

☐ หนังสือแสดงความยินยอมให้นำข้อมูลส่วนตัวไปใช้ประกอบการคัดเลือกเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

ขอรับรองว่าข้อความใช้ในการสมัครถูกต้องทุกประการ

ลายเซ็น



1. ชื่อ-สกุลโรงพยาบาล.....

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. เหตุผลที่ขอสมัครเข้ารับการฝึกอบรม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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)	☐	☐	☐
	อ่าน (Reading)	☐	☐	☐
	เขียน (Writing)	☐	☐	☐
อังกฤษ	พูด (Speaking)	☐	☐	☐
	อ่าน (Reading)	☐	☐	☐
	เขียน (Writing)	☐	☐	☐
อื่นๆ	พูด (Speaking)	☐	☐	☐
	อ่าน (Reading)	☐	☐	☐
	เขียน (Writing)	☐	☐	☐

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้ในการสมัครถูกต้องทุกประการ หากข้อความและเอกสารไม่ถูกต้องหรือเป็นเท็จ

ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การเข้ารับการฝึกอบรม

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 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องข้อมูลต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว ในข้อ 1. เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านประมวลผลการศึกษา รวมถึงการติดตามให้การแนะ แนวการศึกษา

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

☐ ข้อ 4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหัวหน้าภาควิชาโสตฯ จะมีการติดต่อสื่อสารและประสานงานกับ บิดา มารดา ผู้ปกครอง และ ผู้บังคับบัญชาในเรื่องผลการศึกษา พฤติกรรมต่างๆ และการปฏิบัติงาน ของข้าพเจ้าเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม

ได้แสดงเจตนาให้ไว้ ณ วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้แสดงเจตนา