



แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการศึกษาคัดเลือกเป็นแพทย์ฝึกอบรมเฉพาะทาง  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

รูปถ่าย 2 นิ้ว

ประเภทการฝึกอบรม  แพทย์ประจำบ้าน  แพทย์ประจำบ้านต่อยอด  แพทย์เฟลโลว์

หลักสูตร..... ปีการศึกษา.....

เลือกศิริราชอันดับที่  อันดับ 1  อันดับ 2  อันดับ 3

กรอกข้อความโดยการพิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง และทำเครื่องหมาย ✓ หรือระบุตัวเลขในช่อง  ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง

ก. ชื่อ-สกุลผู้สมัคร.....

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ข. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/เขต.....

อำเภอ/แขวง..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ชื่อบิดา..... อาชีพ..... ชื่อมารดา..... อาชีพ.....

จำนวนพี่น้อง..... คน เป็นคนที่.....

กรณีเร่งด่วนสามารถติดต่อ..... เบอร์โทรศัพท์..... ความสัมพันธ์.....

ค. ชื่อสาขาวิชา/ภาควิชาที่ต้องการสมัครเข้าคัดเลือกเพื่อฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง (เลือก 1 แห่ง/เท่านั้น)

.....

ง. คุณวุฒิทางการศึกษา ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต.....

ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา..... เกรดเฉลี่ย..... เกรดคมา..... คะแนน CU-TEP.....

จ. ประสบการณ์การสมัคร/การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง

- ท่านเคยถูกตัดสินสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่  ไม่เคย  เคย

(โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่สมัคร).....

- ท่านเคยเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่  ไม่เคย  เคย

(โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่สมัคร).....

ฉ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/การระดมทุน

ขอให้ระบุข้อมูลการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / การระดมทุน จนถึงวันที่ 1 กรกฎาคม ของปีที่สมัคร

- โครงการเพิ่มพูนทักษะ 1 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....

ตั้งแต่..... พ.ศ..... ถึงเดือน..... พ.ศ.....

2 ปฏิบัติงานเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล.....

ตั้งแต่..... พ.ศ..... ถึงเดือน..... พ.ศ.....

- ภาระการชดใช้ทุนที่ยังเหลืออยู่ (การชดใช้ทุนให้ครบรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ)
  - ไม่มี เพราะปฏิบัติงานครบถ้วนแล้ว 3 ปี
  - ไม่มี ได้ชดใช้เงินแล้ว เมื่อ.....
  - มีภาระชดใช้ทุน ปฏิบัติมาแล้ว.....ปี
  - อื่นๆ (ระบุ).....
- ปัญหาที่ผ่านมาในการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ
  - ไม่มี
  - มี (ระบุ).....
- สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....
- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิดอย่างน้อย 2 คน)

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่-โทรศัพท์

ช. สิทธิในการสมัคร  มีต้นสังกัด (ระบุชื่อต้นสังกัดและตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด)

ไม่มีต้นสังกัด

ข. เอกสารหลักฐานที่ต้องส่งมาพร้อมแบบแสดงความจำนง (สำเนา-ต้องมีการลงนามกำกับรับรองด้วย)

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

ลายเซ็นผู้สมัคร.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ: ใบสมัครนี้ใช้เป็นการภายใน สำหรับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เท่านั้น ผู้สมัครที่ต้องการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อของแพทยสภา ต้องปฏิบัติตามระเบียบของแพทยสภาที่กำหนดไว้ในแต่ละปีการศึกษาด้วย

สำหรับผู้สมัครเข้าฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์พลีโลว์ของคณะฯ เมื่อได้รับการคัดเลือก ให้ภาควิชา/หลักสูตร ส่งใบสมัครนี้มาที่งานบัณฑิตศึกษาและการศึกษาต่อเนื่อง ตึกอตุลยเดชาภิรมย์ ชั้น 6 เพื่อบันทึกข้อมูลผู้ฝึกอบรมและดำเนินการต่อไปตามระเบียบของคณะฯ