



แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ฝึกอบรมเฉพาะทาง

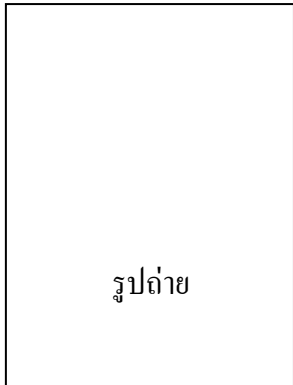
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ประเภทการฝึกอบรม แพทย์ประจำบ้าน
 แพทย์ประจำบ้านต่อยอด แพทย์เฟลโลว์

หลักสูตร ปีการศึกษา

ให้กรอกข้อความโดยการพิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง และทำเครื่องหมาย ✓

หรือระบุตัวเลขในช่อง ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง



รูปถ่าย

ก. ชื่อ-สกุลผู้สมัคร

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

(โปรดระบุสาขาและปี พ.ศ. ที่จบ หรือจะจบ)

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

ลายเซ็นผู้สมัคร

วันที่ / /

หมายเหตุ: ใบสมัครนี้ใช้เป็นการภายใน สำหรับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เท่านั้น ผู้สมัครที่ต้องการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดของแพทยสภา ต้องปฏิบัติตามระเบียบของแพทยสภาที่กำหนดไว้ในแต่ละปีการศึกษาด้วย

สำหรับผู้สมัครเข้าฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์เฟลโลว์ของคณะฯ เมื่อได้รับการคัดเลือก ให้ภาคควิชา/หลักสูตร ส่งใบสมัครนี้มาที่งานบัณฑิตศึกษาและการศึกษาต่อเนื่อง ตึกอดุลยเดชวิกรมชั้น 6 เพื่อบันทึกข้อมูลผู้ฝึกอบรมและดำเนินการต่อไปตามระเบียบของคณะฯ