

ใบสมัครหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านคลินิก
อนุสาขาทจลยศาสตร์
ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ.....ชื่อสกุล.....อายุ.....ปี สถานภาพ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่ติดต่อได้ทันที)

เลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรสาร..... โทรศัพท์.....

มือถือ.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....

E-mail.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

วุฒิการศึกษาและการปฏิบัติงาน

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

วุฒิอย่างอื่น(ถ้ามี).....

สถาบัน..... ประเทศ.....

สำเร็จการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาทจวิทยา หรือหลักสูตรอื่น(ระบุ) ชื่อสถาบัน

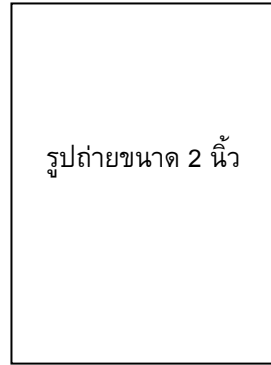
กำลังอยู่ในระหว่างการฝึกอบรมหลักสูตรอะไร ชื่อสถาบัน

ประวัติการอบรมศึกษา, ปฏิบัติงานหรือดูงาน (เรียงตามลำดับปี) ดังนี้

	สถาบัน	ตำแหน่ง	ปี พ.ศ.
1
2
3
4
5
6

ขณะที่สมัคร กำลังปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....

สถานที่..... 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.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็น แพทย์ประจำบ้านหลักสูตรการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านคลินิก
อนุสาขาทจศัลยศาสตร์ ภาควิชาตจวิทยา ระยะเวลาฝึกอบรม 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ถึงวันที่
31 กรกฎาคม

หลักฐานที่ต้องการเพื่อประกอบการพิจารณา

หนังสืออนุมัติจากผู้บังคับบัญชา (กรณีที่มีต้นสังกัด)*

ใบรายงานผลการศึกษาแพทยศาสตร์ (Transcript) (ถ่ายสำเนา รับรองสำเนาถูกต้อง)

ใบปริญญาบัตรแพทยศาสตรบัณฑิต (ถ่ายสำเนา รับรองสำเนาถูกต้อง)

ใบผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม แพทยสภา (ถ่ายสำเนา รับรองสำเนาถูกต้อง)

ใบวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาตจวิทยา (ถ่ายสำเนา รับรอง
สำเนาถูกต้อง)

ใบประเมินผลการฝึกอบรมแพทย์ฝึกหัดจากสถาบันฝึกอบรม

บัตรประชาชน/ทะเบียนบ้านผู้สมัคร (ถ่ายสำเนา รับรองสำเนาถูกต้อง)

ลงชื่อ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ขอความกรุณาเขียนตัวบรรจง

แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์

ชื่อผู้สมัครที่ทำนรับรอง (นพ. พญ.)

ประเมินในฐานะ

ระยะเวลาในการประเมิน

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

3. ความเหมาะสมในการเป็นแพทย์ผิวหนัง

.....

.....

.....

.....

4. ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ

(.....

ตำแหน่ง