

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด  
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ

รูปถ่าย หน้าตรง  
ขนาด 2 นิ้ว  
ไม่สวมหมวก

- .....
1. ชื่อ.....นามสกุล.....
  2. สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
  3. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
  4. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) แต่งงานแล้ว ( ) หย่า  
จำนวนบุตร-ธิดา รวม.....คน
  5. เกิดวันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
  6. ที่อยู่ปัจจุบัน .....  
.....โทรศัพท์.....  
E-mail.....
  7. สถานที่ที่ติดต่อได้โดยด่วน .....  
.....โทรศัพท์.....
  8. ชื่อบิดา.....อาชีพ.....  
ที่อยู่.....
  9. ชื่อมารดา.....อาชีพ.....  
ที่อยู่.....
  10. ชื่อคู่สมรส.....อาชีพ.....  
ที่อยู่.....
  11. ต้องการสมัครเข้าฝึกอบรมต่อยอด สาขา.....ปีการศึกษา.....  
สถานภาพ ( ) มีต้นสังกัด โปรดระบุสังกัด  
( ) ไม่มีต้นสังกัด โปรดระบุสถานที่ทำงานปัจจุบัน

## 12. การศึกษา

ชื่อและสถานที่ตั้ง	ประกาศนียบัตร หรือ ปริญญาบัตร	พ.ศ. เริ่มเรียน	พ.ศ. ที่สำเร็จ	รางวัล หรือ เกียรตินิยม
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## 13. ประวัติการทำงาน

ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน	ตั้งแต่	ถึง	ชื่อและตำแหน่งของ ผู้บังคับบัญชา
1.....	.....	.....	.....	.....
2.....	.....	.....	.....	.....
3.....	.....	.....	.....	.....
4.....	.....	.....	.....	.....
5.....	.....	.....	.....	.....

## 14. ชื่อและสถานที่อยู่ของผู้รับรอง

(โปรดอย่าใช้ชื่ออาจารย์ของภาควิชาสุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลรามารินทร์)

- ชื่อ.....ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่.....
- ชื่อ.....ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่.....
- ชื่อ.....ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่.....
- ชื่อ.....ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่.....

15. ท่านเคยมีส่วนร่วมในกิจกรรมภายในมหาวิทยาลัยหรือไม่  
(ประเภทของกิจกรรมและหน้าที่)

.....  
.....  
.....

16. กิจกรรมอื่นๆ นอกมหาวิทยาลัย

.....  
.....  
.....

17. การเขียนบทความทางวิชาการและอื่นๆ

.....  
.....  
.....

18. การเสนอผลงานทางวิชาการ

.....  
.....  
.....

19. พร้อมใบสมัครนี้โปรดแนบสำเนาใบคะแนนการศึกษา และสำเนาใบปริญญาบัตร  
สำเนาวุฒิบัตร

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

270 ถนนพระราม 6 ราชเทวี กทม.10400

โทรศัพท์.0-2201-2192 โทรสาร 0-2201-1416

หมายเหตุ หากมีข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อที่ คุณสุกัญญา มาโค โทรศัพท์ 0-2201-2192