

ใบสมัครขอรับทุนต้นสังกัดสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์  
เพื่อการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ปีการศึกษา ๒๕๖๕

ให้กรอกข้อมูลโดยการพิมพ์ หรือเขียนด้วยตัวบรรจงและทำเครื่องหมาย ✓  
หรือระบุตัวเลขในช่อง  ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง  
เอกสารที่เป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

รูปถ่าย 2 นิ้ว  
ใช้ file รูป paste ได้

ก. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร  นาย  นาง  นางสาว .....  
วัน เดือน ปี เกิด..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....  
เลขที่ประจำตัวประชาชน

ข. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว  
เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ค. มีความประสงค์ขอรับทุนต้นสังกัดสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ เพื่อการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน.....  
สาขา.....

ง. คุณวุฒิทางการศึกษา ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์.....  
..... ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา..... เกรดเฉลี่ย.....

จ. ประสบการณ์การทำงาน

- โครงการเพิ่มพูนทักษะ ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาล.....  
ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... ถึงเดือน..... พ.ศ.....
- ภาระการชดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)  
 มี ปฏิบัติมาแล้ว..... ปี  ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี  ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว
- ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา..... ปี นับจนถึงปัจจุบัน
- สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....  
.....

