

เอกสารประกอบการสมัครแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด

1. ใบ Recommendation จำนวน 3 ฉบับ โดยผู้สมัครต้องติดต่อบริษัทด้วยตนเอง โดยผู้ Recommend เขียนได้
อย่างอิสระ ไม่มีแบบฟอร์มและให้ปิดซองส่งถึง

เรียน หัวหน้าภาควิชาจักษุวิทยา
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
ถนนพระราม 6 เขตพญาไท กทม 10400

***** โดยให้ส่งถึงภาควิชาฯ ก่อนวันนัดสัมภาษณ์อย่างน้อย 1 อาทิตย์*****

2. รูปถ่ายขนาดไม่เกิน 2" จำนวน 3 รูป และ **ต้องพื้นหลังสีขาวเท่านั้น**
3. สำเนาหลักฐานส่วนบุคคล อย่างละ 1 แผ่น พร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
 - 3.1 Transcript
 - 3.2 ปริญญาบัตร
 - 3.3 ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - 3.4 ใบเพิ่มพูนทักษะ
 - 3.5 ใบคะแนนสอบ National test ชั้นตอนที่ 1 และชั้นตอนที่ 2
 - 3.6 บัตรประชาชน
 - 3.7 ทะเบียนบ้าน
 - 3.8 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อตัว/ชื่อสกุล (ถ้ามี)
 - 3.9 ใบสำคัญการสมรส
 - 3.10 สำเนาหลักฐานทางทหาร (สด.8/สด.43)
 - 3.11 ใบรายงานผลการสอบภาษาอังกฤษของ CU-TEP
 - 3.12 วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจักษุวิทยา
(เฉพาะผู้สมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด)
 - 3.13 เขียนประวัติส่วนตัว(CV) เหตุผลที่เลือกเรียนจักษุวิทยา และแผนการในอนาคต (ไม่เกิน 2 หน้า)
 - 3.14 หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก
4. - สำหรับหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาฯ จะนัดสอบสัมภาษณ์ เพื่อคัดเลือกประมาณเดือนตุลาคม
- สำหรับหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอดภาควิชาฯจะนัดสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกประมาณเดือนกุมภาพันธ์
(อาจมีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดซึ่งจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบภายหลังทางโทรศัพท์)
5. กรุณากรอกรายละเอียดในใบสมัครให้ครบถ้วน ชัดเจน อ่านง่าย เพื่อผลประโยชน์สำหรับตัวท่านเอง
6. ก่อนส่งใบสมัคร ต้องตรวจสายตาที่ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เท่านั้น
7. ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ **คุณศิริลักษณ์ โทร 02-2012729**

Email:lakjiya@yahoo.com



ใบสมัคร
ภาควิชาศึกษาศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

รูปถ่าย

หลักสูตรที่ต้องการสมัคร

- แพทย์ประจำบ้านศึกษาศาสตร์
 แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขา
 อื่น ๆ ระบุ

ท่านต้องการเริ่มศึกษา/ฝึกอบรมในหลักสูตรดังกล่าวปี พ.ศ.

เลขหมายประจำตัวประชาชน

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

คำนำหน้าชื่อ(ไทย) ชื่อ นามสกุล

คำนำหน้าชื่อ(อังกฤษ) Name Surname

เพศ.....เกิดวันที่.....เดือน พ.ศ. อายุ.....เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา.....

กรุ๊ปเลือด..... โรคประจำตัว..... สถานภาพสมรส โสด สมรส หย่า หม้าย

ชื่อคู่สมรส จำนวนบุตร.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

Email.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

สถานที่ทำงานปัจจุบัน

เลขที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

อัตราเงินเดือนครั้งสุดท้าย.....

ระดับข้าราชการ.....

ชื่อบิดา อาชีพ

ที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ..... Email.....

ที่อยู่ติดต่อสะดวก เลขที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อมารดา อาชีพ

ที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ..... Email.....

ที่อยู่ติดต่อสะดวก เลขที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อ ที่อยู่ ของผู้ที่สามารถติดต่อได้กรณีเร่งด่วน

ที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ..... Email.....

ที่อยู่ติดต่อสะดวก เลขที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

ทุนสนับสนุนในการศึกษา/ฝึกอบรม

- มีต้นสังกัดภาครัฐ คือ
- ได้รับทุนสนับสนุนจาก
- ใช้จ่ายโดยทุนส่วนตัว

ประวัติการศึกษา/การฝึกอบรมที่สำคัญ (ตั้งแต่ระดับมัธยม – ระดับสูงสุด)

| สถานศึกษา | ระดับการศึกษา/ปริญญา | ปีที่สำเร็จการศึกษา | คะแนนเฉลี่ย |
|-----------|----------------------|---------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

จำนวนครั้งที่สมัครแพทย์ประจำบ้าน.....

เกรดเฉพาะทางตา

คะแนน CU-TEP CutepListening..... CutepReading..... CutepWriting..... รวม.....

ได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ เมื่อ

การสอบเพื่อประเมินความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

Part I Basic Science.....

Part II Clinical Science.....

Part III LongCase ผ่าน ไม่ผ่าน

CMEQ ผ่าน ไม่ผ่าน

OSCE ผ่าน ไม่ผ่าน

ประวัติการทำงาน

ปฏิบัติงานในโครงการเพิ่มพูนทักษะ ตั้งแต่ ถึง

ณ โรงพยาบาล จังหวัด

| ตำแหน่ง | หน่วยงาน | ระยะเวลา |
|---------|----------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ภาระคดีใช้ทุน

- ท่านไม่ติดพันภาระคดีใช้ทุน เพราะ ทำงานคดีใช้ทุนครบถ้วนแล้ว (เป็นเวลา ปี)
 ชดใช้เงินแล้ว
 อื่น ๆ ระบุ
- ท่านยังมีพันภาระคดีใช้ทุน ระบุ

นอกจากปฏิบัติงานในวิชาชีพ ท่านมีกิจกรรมพิเศษอื่นใดบ้าง

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

ความสามารถพิเศษ

.....
.....

รางวัลหรือผลงานทางวิชาการที่ได้รับ

.....
.....

ผลงานทางวิชาการ หรือผลงานวิจัย ไม่มี มี (โปรดระบุ)

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

ชื่อผู้รับรอง

1. ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง
- ที่อยู่
2. ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง
- ที่อยู่
3. ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง
- ที่อยู่

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่



เรียน หัวหน้าหน่วยบริการผู้ป่วยนอกจักษุ

ด้วย นพ./พญ.....มาสมัครเป็นแพทย์
ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด ที่ภาควิชาจักษุวิทยา ขอความกรุณาช่วยตรวจตา และขอสำเนาบันทึกผล
การตรวจด้วย

- 1 VA
- 2 Refraction
1. Color vision
2. Orthoptic

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบคุณยิ่ง

