



ไบสมัครแพทย์
ประจำปีการศึกษา 2564

รูปถ่าย 2 นิ้ว

แพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด
หลักสูตรการฝึกอบรม 1 ปี

ประเภทของการฝึกอบรม

- มีต้นสังกัด ที่
- ไม่มีต้นสังกัด

(กรุณาเขียนตัวบรรจง)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี เพศ ชาย หญิง

ชื่อสกุลเดิม เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.

สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา

สภาพสมรส คู่ โสด หม้าย หย่า

ชื่อสามี หรือภรรยา

การมีบุตร ไม่มีบุตร มีบุตร คน กำลังตั้งครรภ์ เดือน

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้ทันทีและหากมีการเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งที่อยู่ใหม่ให้ภาควิชาฯ ทราบโดยด่วน)

เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัส

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

E-mail

ชื่อบิดา อาชีพ

ที่อยู่

ชื่อมารดา อาชีพ

ที่อยู่

ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อผู้สมัครได้ โทร.

สถานที่ปฏิบัติงานของผู้สมัคร

วุฒิการศึกษาและการปฏิบัติงาน

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อ พ.ศ. จากสถาบัน

วุฒิอย่างอื่น (ถ้ามี)

เป็นแพทย์ฝึกหัดที่ ตั้งแต่ ถึง

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่ ออกให้ ณ วันที่

ปฏิบัติงานที่

1. ที่ จังหวัด
 - ในตำแหน่ง ตั้งแต่ ถึง
2. ที่ จังหวัด
 - ในตำแหน่ง ตั้งแต่ ถึง
3. ที่ จังหวัด
 - ในตำแหน่ง ตั้งแต่ ถึง

เคยรับราชการในตำแหน่ง สังกัด

ตั้งแต่ ถึง

อัตราเงินเดือนครั้งสุดท้าย บาท ระดับ

ชื่อและตำแหน่งของผู้บังคับบัญชา

สำหรับผู้ที่ไม่มีต้นสังกัด เมื่อสำเร็จการฝึกอบรมแล้ว ข้าพเจ้าต้องการ (ตอบเพียงข้อเดียว)

- เป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์
- ศึกษาเพิ่มเติมในประเทศสาขา
- ทำงานในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
- ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกส่วนตัว
- ศึกษาต่อต่างประเทศ
- อื่นๆ (โปรดระบุ)

รายชื่อผู้สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของข้าพเจ้าจำนวน 3 ท่าน (ควรเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรง 1 ท่าน)

1. ชื่อ ตำแหน่ง
 - ที่อยู่ เลขที่ ถนน ตำบล
 - อำเภอ จังหวัด รหัส
2. ชื่อ ตำแหน่ง
 - ที่อยู่ เลขที่ ถนน ตำบล
 - อำเภอ จังหวัด รหัส
3. ชื่อ ตำแหน่ง
 - ที่อยู่ เลขที่ ถนน ตำบล
 - อำเภอ จังหวัด รหัส

คุณสมบัติของผู้สมัคร

- จบหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด
- เป็นแพทยศาสตรบัณฑิตและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี

ความประสงค์ของผู้สมัคร

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด ปีการศึกษา 2564

หลักฐานที่ต้องแนบพร้อมใบสมัคร (สำหรับแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ทั่วไป) มีดังนี้

- หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับคัดเลือก
- หลักฐานการชดใช้ทุนโดยการใช้เงิน
- รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว 1 รูป
- สำเนาใบปริญญาบัตร 1 ใบ
- ใบประกอบโรคศิลป์ 1 ใบ
- Transcript 1 ใบ
- Recommendation 3 ท่าน

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

(.....)

วันที่.....