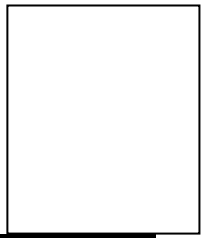
ใบสมัครแพทย์

หลักสูตรแพทย์ผู้ช่วยวิจัย สาขาตจวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



ชื่อ นพ. / พญ. .....**(นามสกุลเดิม**.... .....**.)**

อายุ ..... **ปี วันเดือนปีเกิด** ..... **สัญชาติ** .....

สถานภาพสมรส [ ] โสด [ ] แต่งงาน จำนวนบุตรและอายุ .....

ที่อยู่ : ที่บ้าน .....

ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์ที่บ้าน ..... **ที่ทำงาน** .....

มือถือ ..... **E-Mail** .....

ตัวแทนที่จะติดต่อได้สะดวก ..... **โทร** .....

เกรดเฉลี่ยทั้ง 6 ปี (GPA) ..... **ปีที่จบปริญญา พ.บ.** ..... **เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์** .....

ชื่อสถาบันการศึกษา ..... **ประเทศ** .....

จดหมายรับรองการทำงานจากผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์แพทย์ (ส่งที่หน่วยโรคผิวหนัง รพ.รามาธิบดี โดยตรง)

1.ชื่อ ..... **ตำแหน่ง** .....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์ ..... **มือถือ** .....

2.ชื่อ ..... **ตำแหน่ง** .....

ที่อยู่ .....

โทรศัพท์ .....**มือถือ** .....

3.ชื่อ ..... **ตำแหน่ง** .....

ที่อยู่ .....

โทรศัพท์ ..... **.มือถือ** .....

ลงชื่อ .....

(.....**)**

วันที่ ...../...../.....

<u>คุณสมบัติผู้สมัคร</u>

1. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาแล้วในระดับปริญญา พ.บ. โดยได้ระดับคะแนนเฉลี่ยสะสมไม่ต่ำกว่า 2.50

<u>หลักฐานที่ต้องแนบมาด้วย</u>

1. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
2. สำเนาใบประกอบโรคศิลป์, สำเนาในปริญญาบัตร, สำเนา Transcript จำนวน 1 ชุด
3. ประวัติการทำงาน, ผลงานทางวิชาการ, งานบริการชุมชน จำนวน 1 ชุด
4. หลักฐานการผ่านการเพิ่มพูนทักษะแล้ว 1 ปี 1 ชุด
5. จดหมายรับรอง 3 ฉบับ (จากโรงเรียนแพทย์ที่จบการอบรม 1-2 ฉบับ, จากประสบการณ์ทำงาน 1-2 ฉบับ)

<u>หมายเหตุ</u>: หากเอกสารไม่ครบตามที่ระบุ จะไม่ทำการเรียกสัมภาษณ์

<u>การส่งเอกสารสมัคร</u>

1. ส่งด้วยตนเอง: สำนักงานสาขาวิชาโรคผิวหนัง อาคาร 1 ชั้น 2 โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. จัดส่งทางไปรษณีย์: หัวหน้าสาขาวิชาโรคผิวหนัง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่อยู่ 270 ถ.พระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. 10400