



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์
ประจำปีการศึกษา 2559

ที่ติดรูปถ่าย

ขนาด 2 นิ้ว

ให้กรอกข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง และจัดเตรียมเอกสารประกอบตามที่ระบุไว้ด้วยเครื่องหมาย ✓
เอกสารที่แนบหากเป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

ก. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร นาย นาง น.ส. นามสกุล

วันเดือนปีเกิด / / เชื้อชาติ สัญชาติ

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ข. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/อาคาร ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ..... E-mail :

ค. สาขาที่ต้องการเลือกสมัคร (ระบุชื่อสาขา)

ตามประกาศของแพทยสภาได้กำหนดให้สาขาที่ท่านเลือกสมัครเป็นสาขาประเภทที่

และผู้สมัครจะต้องส่งเอกสารประกอบการสมัครสาขาดังกล่าวดังนี้

- สาขาประเภทที่ 1 ผู้สมัครต้องได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ไม่จำเป็นต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ 1 ปี และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนก่อน ผู้สมัครอิสระต้องไม่มีพันธะในการชดใช้ทุน
- สาขาประเภทที่ 2 ผู้สมัครต้องได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ 1 ปี และได้ปฏิบัติงาน / ปฏิบัติงานชดใช้ทุนตามจำนวนปีที่แพทยสภากำหนด
- สาขาประเภทที่ 3 ผู้สมัครต้องได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ หรือกำลังฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านตามโครงการของแพทยสภา ในปีสุดท้าย หรือเป็นผู้มีสิทธิ์สมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ ในสาขาที่กำหนดเป็นสาขาหลักก่อน (ถ้าเป็นสาขาต่อยอด จะขอเข้าศึกษาในชั้นปีที่

ง. คุณวุฒิทางการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์

สถาบันที่สำเร็จการศึกษา วัน/เดือน/ปี ที่สำเร็จการศึกษา

ปีการศึกษา เกรดเฉลี่ย

จ. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

* ท่านเคยถูกคัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ไม่เคย เคย

เหตุผล ปี พ.ศ. ที่สมัคร.....

* ท่านเคยลาออกหรือถูกไล่ออกจากการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ไม่เคย เคย

สาขา สถาบัน ปี พ.ศ.

ฉ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / ภาระการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2558

* โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาล

ตั้งแต่เดือน พ.ศ. ถึง เดือน พ.ศ.

* ภาระการชดเชยทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)

มี ปฏิบัติมาแล้ว ปี ไม่มี ปฏิบัติชดเชยครบถ้วนแล้ว 3 ปี ไม่มี ชดเชยเงินแล้ว

* ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา ปี นับจนถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2558

* สถานที่ทำงานปัจจุบัน

* ท่านเคยได้รับการสอบสวนทางวินัย หรือจริยธรรมหรือไม่ ไม่เคย เคย

สาเหตุ ปี พ.ศ.

* รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)

1. ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ โทรศัพท์.....

2. ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ โทรศัพท์.....

ข. สิทธิในการสมัคร

ไม่มีต้นสังกัด

มีต้นสังกัด (ชื่อต้นสังกัด ตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาด้านสังกัด

ข. หลักฐานการสมัคร

(1) สำเนาบัตรประชาชน

(2) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล / ใบทะเบียนสมรส (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล)

(3) สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (หากผู้สมัครกำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีสุดท้าย ให้ส่งสำเนาใบแสดงผลการศึกษาจนถึงปีปัจจุบัน พร้อมหนังสือรับรองว่าจะสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร)

(4) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม)

(5) หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การศึกษาฝึกอบรม ผลงานวิชาการ และกิจกรรมพิเศษ (curriculum vitae)

(6) สำเนาประกาศนียบัตรการเพิ่มพูนทักษะหรือหนังสือรับรองว่ากำลังปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ

(7) หนังสือรับรอง/แนะนำ จากผู้บังคับบัญชาในปัจจุบัน (หรืออาจารย์โรงเรียนแพทย์ที่กำลังศึกษาอยู่ในกรณีสมัครอนุสาขา)

(8) หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า 1. การสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้านครั้งนี้ อายุรศาสตร์เป็นสาขาเดียว ที่ข้าพเจ้าสมัคร

2. ข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นจริงทุกประการ

3. เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

หากในภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบข้อความที่ไม่เป็นจริง หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารปลอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจจะถูกดำเนินการตามกฎหมาย

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.