



ติดรูปถ่าย
ขนาด ๒ นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านภาควิชา สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
โรงพยาบาลตำรวจ ปีการศึกษา ๒๕๖๔

ประเภทของการฝึกอบรม มีต้นสังกัด ไม่มีสังกัด

ในกรณีมีต้นสังกัด ต้นสังกัดคือ.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ นาย/ นาง/ นางสาวนามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

ชื่อ - สกุลเดิม.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....ตรอก/ ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/ เขตจังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ..... E - mail.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้ทันทีและหากมีการเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งที่อยู่ใหม่ให้ภาควิชา สูติ-นรีฯ ทราบโดยด่วน)

เลขที่.....ตรอก/ ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/ เขตจังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ..... E - mail.....

วุฒิการศึกษาจากสถาบันปี พ.ศ.

ความสามารถพิเศษ

ความรู้ด้านภาษาต่างประเทศ (โปรดระบุ) ดีมาก ดี พอใช้

ชื่อบิดานามสกุลอาชีพ..... มีชีวิต เสียชีวิต

ที่อยู่.....

ชื่อมารดานามสกุลอาชีพ..... มีชีวิต เสียชีวิต

ที่อยู่.....

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย

คู่สมรส ชื่อ.....นามสกุล.....อาชีพ.....

การมีบุตร ไม่มีบุตร มีบุตรคน กำลังตั้งครรภ์เดือน

สถานที่ปฏิบัติงานของผู้สมัคร

วุฒิการศึกษาและการปฏิบัติงาน

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อ พ.ศ.จากสถาบันระดับคะแนน

วุฒิอย่างอื่น (ถ้ามี)

เป็นแพทย์ฝึกหัดที่..... ตั้งแต่ ถึง.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ ออกให้ ณ วันที่

รางวัลการศึกษาและ/ หรือการปฏิบัติงาน

กิจกรรมพิเศษภายในหรือนอกมหาวิทยาลัย.....

หลังจากจบแพทยศาสตร์ หลักสูตร หลักสูตรใหม่ จากต่างประเทศ

ปฏิบัติงานที่

๑. ที่..... จังหวัด

ในตำแหน่ง ตั้งแต่ ถึง

๒. ที่..... จังหวัด

ในตำแหน่ง ตั้งแต่ ถึง

๓. ที่..... จังหวัด

ในตำแหน่ง ตั้งแต่ ถึง

เคยรับราชการในตำแหน่ง สังกัด

ตั้งแต่..... ถึง

อัตราเงินเดือนครั้งสุดท้าย บาท ระดับ

ชื่อและตำแหน่งของผู้บังคับบัญชา

สำหรับผู้ที่ไม่มีต้นสังกัด เมื่อสำเร็จการฝึกอบรมแล้ว ข้าพเจ้าต้องการ (ต้องการข้อเดียว)

- เป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์
- ศึกษาเพิ่มเติมในประเทศสาขา.....
- ทำงานในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
- ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกส่วนตัว
- ศึกษาต่อต่างประเทศ
- อื่น ๆ (โปรดระบุ)

รายชื่อสามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของข้าพเจ้า จำนวน ๓ ท่าน (ควรเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรง ๑ ท่าน)

๑. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่ ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

๒. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่ ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

๓. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่ ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

คุณสมบัติของผู้สมัคร

เป็นแพทยศาสตร์บัณฑิตหลักสูตรเดิม และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม

จากแพทยสภา

เป็นผู้ไม่เคยมีพันธะในการชดใช้ทุนหรือเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานชดใช้ทุนครบถ้วนแล้ว หรือ เป็นผู้ที่จะหมด

พันธะในการชดใช้ทุนโดยการปฏิบัติงานในวันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ.

เป็นผู้ทั้งหมดพันธะในการชดใช้ทุนโดยการใช้เงินแล้ว ไม่น้อยกว่า ๒ ปี

ในวันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ.

เป็นแพทยศาสตร์บัณฑิตหลักสูตรใหม่และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม

จากแพทยสภาไม่น้อยกว่า ๓ ปี ในวันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ.

เป็นผู้สำเร็จจากการศึกษาต่างประเทศ และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

จากแพทยสภา ไม่น้อยกว่า ๓ ปี ในวันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ.

คุณสมบัติของผู้สมัครสาขาส่งเสริมพิเศษ

มีต้นสังกัดเข้าฝึกอบรมและได้ รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จากแพทยสภา

แล้วในวันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ.

- สมัครอิสระ
- ปฏิบัติงานชดใช้ทุนครบถ้วนแล้ว
- หมดพันธะในการชดใช้ทุนโดยการใช้เงินและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม

จากแพทยสภา ในวันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ.

- เป็นผู้สำเร็จจากการศึกษาต่างประเทศ และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม

จากแพทยสภา ในวันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ.

และได้แนบหลักฐานต่างๆ มาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วย (ทำเครื่องหมาย x ลงใน เฉพาะข้อที่ต้องการคือ)

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ (ถ้ามี)
- หนังสือจากการต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก
- ใบประเมินผลการศึกษาลอดหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต
- สำเนาใบปริญญาบัตรแพทยศาสตร์บัณฑิต (พบ.)
- ภาพถ่าย (สำเนา) ใบอนุญาตผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
- ภาพถ่ายของผู้สมัคร ขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน
- หลักฐานการใช้ทุนโดยการใช้เงิน

ลงชื่อ (ผู้สมัคร)
(.....)

วันที่