



รูปถ่าย 2 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาวิชาโรคทางเดินอาหารและตับ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบดี
ประจำปีการศึกษา _____

ประเภทของการฝึกอบรม

- ☐ มีต้นสังกัด ที่ _____
☐ ไม่มีต้นสังกัด

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ประวัติส่วนตัว

ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี เพศ _____

ชื่อ-สกุลเดิม (ถ้ามี) _____

วัน-เดือน-ปีเกิด _____ สภาพสมรส _____

เลขบัตรประชาชน _____

ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____ ถนน _____

ตำบล (แขวง) _____ อำเภอ (เขต) _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____

E-mail _____

วุฒิการศึกษาและการปฏิบัติงาน

แพทยศาสตรบัณฑิต จาก _____ ปี _____

เกรดเฉลี่ย (GPA) _____

วุฒิการศึกษาอย่างอื่น (ถ้ามี) _____

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____ ออกให้ ณ วันที่ _____

ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์จาก _____ ปี _____

สถานที่ปฏิบัติงานของผู้สมัคร (ปัจจุบัน) _____

ผู้บังคับบัญชา (ปัจจุบัน) _____

ตำแหน่ง _____ สถาบัน _____

ประวัติการปฏิบัติงาน

1. ตำแหน่ง _____ ที่ _____
ตั้งแต่ _____ ถึง _____
2. ตำแหน่ง _____ ที่ _____
ตั้งแต่ _____ ถึง _____
3. ตำแหน่ง _____ ที่ _____
ตั้งแต่ _____ ถึง _____
4. ตำแหน่ง _____ ที่ _____
ตั้งแต่ _____ ถึง _____

รายชื่อผู้สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร (อย่างน้อย 3 ท่าน และควรเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรง 1 ท่าน)

1. ชื่อ _____
ตำแหน่ง _____ สถาบัน _____
เบอร์โทร _____ e-mail _____
2. ชื่อ _____
ตำแหน่ง _____ สถาบัน _____
เบอร์โทร _____ e-mail _____
3. ชื่อ _____
ตำแหน่ง _____ สถาบัน _____
เบอร์โทร _____ e-mail _____
4. ชื่อ _____
ตำแหน่ง _____ สถาบัน _____
เบอร์โทร _____ e-mail _____
5. ชื่อ _____
ตำแหน่ง _____ สถาบัน _____
เบอร์โทร _____ e-mail _____

หลักฐานที่ต้องแนบพร้อมใบสมัคร

- ☐ หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับคัดเลือก
- ☐ รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว 1 รูป
- ☐ สำเนาใบปริญญาบัตร 1 ใบ
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน 1 ใบ
- ☐ ใบประกอบโรคศิลป์ 1 ใบ
- ☐ Transcript 1 ใบ
- ☐ Recommendation 3 ท่าน
- ☐ สำเนาวุฒิบัตรอายุรศาสตร์จากแพทยสภา หรือใบรับรองสถานะแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3

สำหรับผู้ที่ไม่ได้มีต้นสังกัด เมื่อสำเร็จการฝึกอบรมแล้ว ขำพเจ้าต้องการ (ตอบเพียงข้อเดียว)

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

ลงชื่อ _____ (ผู้สมัคร)
(_____)
วันที่ _____