



รูปถ่าย 2 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด
หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านโรคตับขั้นสูง
สาขาวิชาโรคทางเดินอาหารและตับ ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
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

สำหรับผู้ที่ไม่ได้ตั้งสังกัด เมื่อสำเร็จการฝึกอบรมแล้ว ข้าพเจ้าต้องการ (ตอบเพียงข้อเดียว)

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

ลงชื่อ _____ (ผู้สมัคร)

(_____)

วันที่ _____