



รูปขนาด 2 นิ้ว

แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการคัดเลือก
เป็นแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์

ให้กรอกข้อความโดยการพิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง และทำเครื่องหมาย ✓ หรือระบุตัวเลขในช่อง □ ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง

1. ชื่อ - สกุลผู้สมัคร.....

วันเดือนปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปีเดือน

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

--	--	--	--	--

2. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/เขต..... อำเภอ/แขวง.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

E-mail.....

สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....

โทรศัพท์มือถือ.....

3. คุณวุฒิทางการศึกษา

ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต.....

ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา..... เกรดเฉลี่ย.....

4. ประสบการณ์การสมัคร/การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง

- ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่

ไม่เคย

เคย (โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่สมัคร).....

- ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่

ไม่เคย

เคย (โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่สมัคร).....

5. สิทธิในการสมัคร

- ไม่มีต้นสังกัด
- มีต้นสังกัด (ระบุชื่อโรงพยาบาลต้นสังกัด)
-

6. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ภาวะการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ/ภาวะการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 มิถุนายน ของปีที่สมัคร

- ปฏิบัติราชการในโครงการเพิ่มพูนทักษะ
ที่โรงพยาบาล..... ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ.....
ถึงเดือน..... พ.ศ.....
- ปฏิบัติงานเพิ่มเติม
ที่โรงพยาบาล..... ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ.....
ถึงเดือน..... พ.ศ.....
- ภาวะการชดใช้ทุนที่ยังเหลืออยู่ (การชดใช้ทุนให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูน
ทักษะ)
 - ไม่มี
 - เพราะปฏิบัติงานครบถ้วนแล้ว 3 ปี
 - เพราะได้ชดใช้เงินแล้ว เมื่อ.....
 - มีภาวะการชดใช้ทุน ปฏิบัติงานมาแล้ว.....ปี
 - อื่น ๆ (ระบุ).....
- ปัญหาที่ผ่านมาในการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ
 - ไม่มี
 - มี (ระบุ)
- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร
(ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิดอย่างน้อย 3 คน)

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่-โทรศัพท์

7. เอกสารหลักฐานที่ต้องส่งมาพร้อมแบบแสดงความจำนง (สำเนา-ต้องมีการลงนามกำกับรับรองด้วย)

- | | | |
|--------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | รูปถ่าย 2 นิ้ว (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน) | จำนวน 1 รูป (ติดมาในใบสมัคร) |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาใบประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรอง
เป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> | หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชาและ/หรือ
ผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด | จำนวน 2 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> | หนังสือรับรองจากต้นสังกัดที่ขอทุน | จำนวน 1 ฉบับ |

ลายเซ็นผู้สมัคร.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ใบสมัครนี้ใช้เป็นการภายใน สำหรับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเท่านั้น ผู้สมัครที่ต้องการเข้ารับการศึกษาอบรม
แพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ต้องปฏิบัติตามระเบียบของแพทยสภาที่กำหนดไว้ในแต่ละปีการศึกษาด้วย