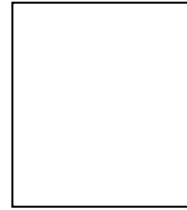




ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
ใบสมัครสอบวิทยาศาสตร์พื้นฐานประสาทศัลยศาสตร์



ชื่อ-สกุล.....อายุ..... ปี

ที่อยู่ทำงานปัจจุบัน (ที่สามารถส่งเอกสาร หรือติดต่อได้)

ที่อยู่บ้าน / ที่ทำงาน.....

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

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... เบอร์มือถือ.....

Email.....

หลักฐานสำหรับสมัครสอบ

- ใบรับรองการฝึกอบรมสาขาประสาทศัลยศาสตร์จากสถาบันที่ฝึกอบรม
- รูปถ่ายหน้าตรง 2 รูป ขนาด 1-1 1/2 นิ้ว (กรุณาเขียนชื่อหลังรูปด้วย)

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....

วุฒิการศึกษาและการปฏิบัติงาน/

() แพทย์ประจำบ้านปีที่ () แพทย์ใช้ทุนปีที่.....

สาขาวิชาที่อบรม..... ต้นสังกัด.....

ค่าธรรมเนียมการสมัคร 10,000 บาท

ชำระโดย () เงินสด

() โอนเงิน ธนาคารทหารไทย ชื่อบัญชี “อนุกรรมการฝึกอบรมและสอบวุฒิบัตรฯ”

เลขที่บัญชี 038-7-29282-4

**ค่าธรรมเนียมการสมัครสอบ จะไม่คืนไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสอบ

(.....)

กรุณากรอกข้อมูลโดยละเอียด เพื่อประโยชน์ของตัวเอง