



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2568

ให้กรอกข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง และจัดเตรียมเอกสารประกอบตามที่ระบุไว้ด้วย
เครื่องหมาย เอกสารที่แนบหากเป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

รอบที่

ที่ตีตรูปถ่าย
ขนาด 2 นิ้ว

1

ก. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร นาย นาง นางสาว _____ นามสกุล _____

วันเดือนปีเกิด ____ / ____ / ____ เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

หลักฐานที่ผู้สมัครต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้

- 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 2. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล / ใบทะเบียนสมรส (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล)
- 3. ประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ
- 4. หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การศึกษาฝึกอบรม ผลงานวิชาการ และกิจกรรมพิเศษ (curriculum vitae) ของผู้สมัคร
- 5. สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม)

เลขที่ _____ ออกให้ ณ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

- 6. หนังสือรับรอง/แนะนำผู้สมัคร ดังต่อไปนี้
 - ผู้บังคับบัญชาในปัจจุบัน
 - บุคคลอื่นที่เชื่อถือได้ตามที่ราชวิทยาลัยนั้นกำหนด
 - 7. รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว 2 รูป
 - 8. สำเนาเอกสาร ตั้งแต่ ข้อ 1-10 จำนวน 1 ชุด
 - 9. ค่าสมัคร 1,400 บาท
- ชำระโดย โอนเงิน ธนาคารทหารไทย ซื่อบัญชี “อนุกรรมการฝึกอบรมและสอบวุฒิบัตรฯ”
เลขที่บัญชี 038-7-29282-4

ข. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____

ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____ E-mail _____

ค. สถาบันฝึกอบรมที่ต้องการเลือกสมัคร (ระบุชื่อสาขา)

ชื่อสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการเลือกสมัคร (เรียงลำดับความต้องการ)

ลำดับที่ 1 _____

ลำดับที่ 2 _____

ลำดับที่ 3 _____

ง. คุณวุฒิทางการศึกษา

ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ _____

ปีพ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา _____ เกรดเฉลี่ย _____

จ. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

* ท่านเคยถูกคัดเลือกในการสมัครเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ไม่เคย เคย

เหตุผล _____ ปี พ.ศ. ที่สมัคร _____

* ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ไม่เคย เคย
สาขา _____ ปี พ.ศ. ที่จบหรือจะจบ _____

ฉ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / ภาระการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2558

* โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาล _____

ตั้งแต่เดือน _____ พ.ศ. _____ ถึง เดือน _____ พ.ศ. _____

* ภาระการชดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)

มี ปฏิบัติมาแล้ว _____ ปี ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

* ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา _____ ปี นับจนถึงวันที่

* สถานที่ทำงานปัจจุบัน

* รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)

o ชื่อ-สกุล _____ ตำแหน่ง _____

ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____

o ชื่อ-สกุล _____ ตำแหน่ง _____

ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____

ช. สิทธิในการสมัคร

ไม่มีต้นสังกัด

มีต้นสังกัด (ชื่อต้นสังกัด _____ ตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด _____)

หลักฐานที่ผู้สมัครทุกสาขาที่ใช้สิทธิ์ต้นสังกัดต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้

หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก

หลักฐานที่ผู้สมัครทุกสาขาต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้

รวมหลักฐานที่ผู้สมัครส่งพร้อมใบสมัครนี้ ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่า ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติ ข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือ หลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร แม้ว่าจะได้ผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจถูกดำเนินคดีตามกฎหมายด้วย

ลายเซ็นผู้สมัคร _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

วันกำหนดหมดเขตส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ วันที่ 31 ตุลาคม 2567

ส่งใบสมัครและหลักฐานทั้งหมด ด้วยตนเอง หรือทาง ไปรษณีย์ด่วนพิเศษ EMS ไปที่ ราชมัยวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยสุนยวิชัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
ติดต่อสอบถามเบอร์ 081-851-8946