



## ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2565

ให้กรอกข้อมูลที่ต้องตามความเป็นจริง และจัดเตรียมเอกสารประกอบตามที่ระบุไว้ด้วย เครื่องหมาย ✓ เอกสารที่แนบหากเป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

รูปที่

ที่ติดรูปถ่าย  
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
- 5. หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การศึกษาฝึกอบรม ผลงานวิชาการ และกิจกรรมพิเศษ (curriculum vitae) ของผู้สมัคร
- 6. สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) เลขที่ \_\_\_\_\_ ออกให้ ณ วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_
- 7. หนังสือแสดงเจตจำนง (statement of purpose) (ปิดผนึก)
- 8. หนังสือรับรอง/แนะนำผู้สมัคร ดังต่อไปนี้
  - ผู้บังคับบัญชาในปัจจุบัน
  - บุคคลอื่นที่เชื่อถือได้ตามที่ราชวิทยาลัยนั้นกำหนด
- 9. รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว 2 รูป
- 10. สำเนาเอกสาร ตั้งแต่ ข้อ 1-10 จำนวน 1 ชุด
- 11. โฉนดเงินค่าสมัครฯ จำนวน 1,400 บาท ที่ ธนาคารทหารไทย สาขา รพ.พระมงกุฎเกล้า เลขที่ 038-7-292824  
ชื่อบัญชี อนุกรรมการฝึกอบรมและสอบวุฒิบัตรฯ

### 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

ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี \_\_\_\_\_

ปีพ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา \_\_\_\_\_ เกรดเฉลี่ย \_\_\_\_\_

### จ. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

\* ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่  ไม่เคย  เคย

เหตุผล \_\_\_\_\_ ปี พ.ศ. ที่สมัคร \_\_\_\_\_

• ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่  ไม่เคย  เคย  
สาขา \_\_\_\_\_ ปี พ.ศ. ที่จบหรือจะจบ \_\_\_\_\_

**จ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน**

ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / ภาระการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2558

• โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล \_\_\_\_\_

ตั้งแต่เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ถึง เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

• ภาระการชดใช้ทุน (ให้นำรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)

มี ปฏิบัติมาแล้ว \_\_\_\_\_ ปี  ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี  ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

• ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา \_\_\_\_\_ ปี นับจนถึงวันที่ .....

• สถานที่ทำงานปัจจุบัน

• รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ที่เคยปฏิบัติงาน

ใกล้ชิด)

◦ ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

◦ ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

**ข. สิทธิในการสมัคร**

ไม่มีต้นสังกัด

มีต้นสังกัด (ชื่อต้นสังกัด \_\_\_\_\_ ตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาด้านสังกัด \_\_\_\_\_)

**หลักฐานที่ผู้สมัครทุกสาขาที่ใช้สิทธิต้นสังกัดต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้**

หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก

**หลักฐานที่ผู้สมัครทุกสาขาต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้**

รวมหลักฐานที่ผู้สมัครส่งพร้อมใบสมัครนี้  ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่า ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือ หลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร แม้ว่าจะได้ผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจถูกดำเนินคดีตามกฎหมายด้วย

ลายเซ็นผู้สมัคร \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

วันกำหนดหมดเขตส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ 31 ตุลาคม 2564

ส่งใบสมัครและหลักฐานทั้งหมด ด้วยตนเอง หรือทาง ไปรษณีย์ด่วนพิเศษ EMS ไปที่ ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ