



แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการศึกษาคัดเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้าน
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ให้กรอกข้อความโดยการพิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง และทำเครื่องหมาย หรือระบุตัวเลขในช่อง ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง

1. ชื่อ-สกุลผู้สมัคร

วันเดือนปีเกิด

เชื้อชาติ สัญชาติ

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
2. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

ตำบล/เขต อำเภอ/แขวง

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

E-mail
3. คุณวุฒิทางการศึกษา ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต

.....

ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา เกรดเฉลี่ย
4. ประสบการณ์การสมัคร/การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง

 - ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการศึกษาเลือกเป็นแพทย์เฉพาะทางหรือไม่ ไม่เคย เคย (โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่สมัคร)
 - ท่านเคยเข้ารับการศึกษาเลือกเป็นแพทย์เฉพาะทางหรือไม่ ไม่เคย เคย (โปรดระบุสาขาและปี พ.ศ. ที่จบ หรือจะจบ)
5. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ภาระการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ/ภาระการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 มิถุนายน ของปีที่สมัคร

 - โครงการเพิ่มพูนทักษะ 1 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล
 - ตั้งแต่เดือน พ.ศ. ถึงเดือน พ.ศ.
 - 2 ปฏิบัติงานเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล
 - ตั้งแต่เดือน พ.ศ. ถึงเดือน พ.ศ.
 - ภาระการชดใช้ทุนที่ยังเหลืออยู่ (การชดใช้ทุนให้ครบรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ)
 - ไม่มี เพราะปฏิบัติงานครบถ้วนแล้ว 3 ปี ไม่มี ได้ชดใช้เงินแล้ว เมื่อ
 - มีภาระการชดใช้ทุน ปฏิบัติมาแล้ว ปี อื่นๆ (ระบุ)

รูปขนาด 2 นิ้ว

- ปัญหาที่ผ่านมาในการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ
 ไม่มี มี (ระบุ)
- สถานที่ทำงานปัจจุบัน โทรศัพท์
- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร
 (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิดอย่างน้อย 2 คน)

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่-โทรศัพท์

6. สิทธิในการสมัคร

- ไม่มีต้นสังกัด
- มีต้นสังกัด (ระบุชื่อต้นสังกัดและตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด)

7. เอกสารหลักฐานที่ต้องส่งมาพร้อมแบบแสดงความจำนง (สำเนา-ต้องมีการลงนามกำกับรับรองด้วย)

- รูปถ่าย 2 นิ้ว (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน) จำนวน 2 รูป
- สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาใบประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาหนังสือจากต้นสังกัด ในกรณีที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศผลแล้ว จำนวน 1 ฉบับ
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด จำนวน 2 ฉบับ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม แพทยสภา จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ

ลายเซ็นผู้สมัคร

วันที่ / /

หมายเหตุ: ใบสมัครนี้ใช้เป็นการภายใน สำหรับกลุ่มงานกุมารเวชกรรมเท่านั้น ผู้สมัครที่ต้องการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ต้องปฏิบัติตามระเบียบของแพทยสภาที่กำหนดไว้ในแต่ละปีการศึกษาด้วย