



กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

๙๐ ถนนศรีธรรมไตรปิฎก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.พิษณุโลก ๖๕๐๐๐

โทร ๐-๕๕๒๗-๐๓๐๐ ต่อ ๒๑๖๐๙

๑ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรียน แพทย์ผู้สนใจ

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้เปิดรับสมัครแพทย์ประจำบ้านรุ่นใหม่ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑ จำนวน ๓ ตำแหน่ง โดยจะแจ้งกำหนดสอบคัดเลือกภายหลังอีกครั้ง

จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านที่มีความสนใจและมีคุณสมบัติตามแพทยสภากำหนด สามารถดาวน์โหลดไฟล์ ใบสมัครได้ที่ www.budhosp.go.th ตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ จนถึงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ กรุณาส่ง ใบสมัครพร้อมหลักฐานทางไปรษณีย์ลงทะเบียนหรือส่งด่วนพิเศษ (EMS) ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ มายัง กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ๙๐ ถนนศรีธรรมไตรปิฎก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.พิษณุโลก ๖๕๐๐๐ (สมัครสอบคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน)

หลักฐานการสมัคร ได้แก่

๑. ใบสมัครของกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
๒. รูปถ่าย ๒ นิ้ว(ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน) จำนวน ๒ ใบ
๓. ใบรายงานผลการเรียนแพทยศาสตร์ตลอดหลักสูตร จำนวน ๑ ฉบับ
๔. ให้แจ้งชื่อและที่อยู่ผู้ให้คำรับรอง จำนวน ๓ ท่าน
๕. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม แพทยสภา จำนวน ๑ ฉบับ
๖. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ จำนวน ๑ ฉบับ
๗. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๘. สำเนาใบประกาศนียบัตรผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ จำนวน ๑ ฉบับ
๙. ใบคำรับรองตามรายชื่อที่แจ้งไว้ โดยให้ส่งมาที่กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมโดยตรงก่อนวันสัมภาษณ์ จำนวนท่านละ ๑ ฉบับ

อนึ่ง ภายหลังจากได้รับการคัดเลือก ท่านต้องสมัครตามระเบียบของแพทยสภาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

๕

หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก



ใบสมัครเพื่อเข้าเป็นแพทย์ประจำบ้าน
 กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก



ชื่อ-สกุล (นพ.พญ.) อายุ ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด สถานที่เกิด

สถานภาพสมรส จำนวนบุตร คน

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกที่สุด

.....

โทรศัพท์ มือถือ โทรสาร

ที่อยู่ปัจจุบัน

.....

โทรศัพท์ โทรสาร

E-mail.....

เลขที่บัตรประชาชน..... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

ประวัติการศึกษา (ตั้งแต่มัธยมปลาย จนถึงขั้นสูงสุด พร้อม พ.ศ. ที่จบ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ประวัติการทำงาน (ตั้งแต่เริ่มทำงาน จนกระทั่งถึงปัจจุบัน)

.....

.....

.....

เกียรติหรือรางวัลที่เคยได้รับ (ตั้งแต่เป็นนักศึกษาแพทย์ จนกระทั่งถึงปัจจุบัน)

.....

.....

.....

การเป็นสมาชิกของสมาคม, ชมรม, หรือทำกิจกรรมพิเศษอื่น (นอกเหนือจากงานประจำ, ตั้งแต่เป็นนักศึกษาแพทย์ จนกระทั่งถึงปัจจุบัน)

.....

.....

.....

ผลงานทางวิชาการ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

ต้นสังกัดที่ส่งเข้าฝึกอบรม

- กำลังติดต่อ คือ
- มี คือ
- ไม่มี

วัตถุประสงค์ในการมาฝึกอบรม (รวมทั้งการวางแผนทางชีวิตภายหลังการฝึกอบรม)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ กรุณาแจ้งชื่อและที่อยู่ผู้ให้คำรับรอง จำนวน ๓ ท่าน

๑.
-
-
๒.
-
-
-
๓.
-
-