



## กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

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

โทร ๐-๕๕๒๗-๐๓๐๐ ต่อ ๒๑๖๐๙

สิงหาคม ๒๕๖๐

### เรียน แพทย์ผู้สนใจ

กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้เปิดรับสมัครแพทย์ประจำบ้านรุ่นใหม่ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑ จำนวน ๑ ตำแหน่ง โดยจะทำการสอบคัดเลือกในวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๐

จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านที่มีความสนใจและมีคุณสมบัติตามแพทย์สภากำหนด สามารถดาวน์โหลดไฟล์ ใบสมัครได้ที่ [www.budhosp.go.th](http://www.budhosp.go.th) ตั้งแต่วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ จนถึงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๐ กรุณา ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานทางไปรษณีย์ลงทะเบียนหรือส่งด่วนพิเศษ (EMS) ภายในวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๐มายัง กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ๙๐ ถนนศรีธรรมไตรปิฎก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.พิษณุโลก ๖๕๐๐๐ (สมัครสอบคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน)

#### หลักฐานการสมัคร ได้แก่

๑. ใบสมัครของกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์
๒. รูปถ่าย ๒ นิ้ว(ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน) จำนวน ๒ ใบ
๓. ใบรายงานผลการเรียนแพทยศาสตร์ตลอดหลักสูตร จำนวน ๑ ฉบับ
๔. ให้แจ้งชื่อและที่อยู่ผู้ให้คำรับรอง จำนวน ๓ ท่าน
๕. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม แพทย์สภา จำนวน ๑ ฉบับ
๖. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ จำนวน ๑ ฉบับ
๗. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๘. สำเนาใบประกาศนียบัตรผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ จำนวน ๑ ฉบับ
๙. ใบคำรับรองตามรายชื่อที่แจ้งไว้ โดยให้ส่งมาที่กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์โดยตรงก่อนวันสัมภาษณ์ จำนวน ท่านละ ๑ ฉบับ

อนึ่งภายหลังได้รับการคัดเลือก ท่านต้องสมัครตามระเบียบของแพทย์สภาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์

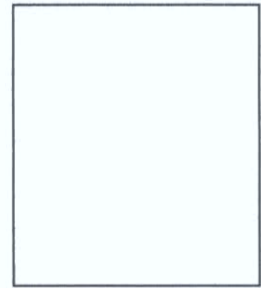
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

สอบถามเพิ่มเติม หน่วยสนับสนุนการศึกษากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ ๐๕๕๒๗๐๓๐๐ ต่อ ๒๑๖๑๑ หรือ

นายแพทย์เกรียงกมล เบญวงค์เสถียร มือถือ ๐๘๙๙๕๙๐๐๕๕



ใบสมัครเพื่อเข้าเป็นแพทย์ประจำบ้าน  
กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์  
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)**

1. เหตุผลที่เลือกเรียนในสาขา ออร์โธปิดิกส์

.....  
.....  
.....  
.....

2. เป้าหมายหลังจากการเรียนจบในสาขาออร์โธปิดิกส์

.....  
.....  
.....  
.....

**ความสามารถพิเศษและกิจกรรมนอกหลักสูตร (ที่คิดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการคัดเลือก)**

.....  
.....  
.....  
.....

**หมายเหตุ** กรุณาแจ้งชื่อและที่อยู่ผู้ให้คำรับรอง จำนวน 3 ท่าน

1. ชื่อ - นามสกุล ..... ที่อยู่ : .....

เบอร์โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้).....

2. ชื่อ - นามสกุล ..... ที่อยู่ : .....

เบอร์โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้).....

3. ชื่อ - นามสกุล ..... ที่อยู่ : .....

เบอร์โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้).....

ลงชื่อ .....ผู้สมัคร  
(.....)