

ใบสมัครแพทย์หลักสูตรการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

สาขาผ่าตัดส่องกล้องศัลยกรรมทั่วไป

(Clinical Fellowship Training Program in Minimally Invasive Surgery)



ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

จบแพทยศาสตร์ ปี พ.ศ.สถาบัน.....เกรดเฉลี่ย ๖ ปี

จบวุฒิบัตรสาขาศัลยกรรมทั่วไป ปี พ.ศ.สถาบัน.....

ภูมิลำเนา

ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่ที่.....

ด้าน.....

เหตุผลในการเลือกเรียน

๑.

๒.

๓.

ต้นสังกัด มี ที่โรงพยาบาล..... ไม่มี ยังไม่แน่ใจ

สถานที่ติดต่อ ที่ทำงานปัจจุบัน

โทรศัพท์ Email.....

ที่พักในปัจจุบัน

ที่พักใน กทม ขณะฝึกอบรม มี ไม่มี

เอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัคร

๑ สำเนาหนังสือวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติสาขาศัลยกรรมทั่วไป จำนวน ๑ ชุด

๒ สำเนาประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน ๑ ใบ

๓ หนังสือรับรอง หรือ แบบประเมินคุณลักษณะสำหรับการคัดเลือก แพทย์ประจำบ้าน จำนวน ๒ ชุด

๔ Curriculum vitae

Recommendations

๑.

๒.

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่ง

นายแพทย์ทวี รัตนชูเอก

งานศัลยกรรมทั่วไป กลุ่มงานศัลยกรรม

โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

เลขที่ ๒ ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐