

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลราชวิถี

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย)..... (ชื่อเล่น)

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)..... E-mail:

วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี Facebook:

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

ภูมิลำเนาเดิม.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ..... เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

สถานภาพสมรส..... บุตร-ธิดา..... คน

ชื่อ-สกุลบิดา..... อาชีพ.....

ชื่อ-สกุลมารดา..... อาชีพ.....

จบการศึกษามัธยมปลายที่โรงเรียน.....

จบแพทยศาสตรบัณฑิตจาก..... เมื่อปี พ.ศ.

ได้คะแนนเฉลี่ย/GPA

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่..... ออกให้ ณ วันที่

ประวัติการทำงานหลังจบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจนถึงปัจจุบัน

1. ใช้ทุนปีที่ 1 ที่ โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

ตั้งแต่..... ถึง.....

2. ใช้ทุนปีที่ 2 ที่ โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

ตั้งแต่..... ถึง.....

3. ใช้ทุนปีที่ 3 ที่ โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

ตั้งแต่..... ถึง.....

4. ใช้ทุนปีที่ 4 ที่ โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

ตั้งแต่..... ถึง.....

ประเภทของการฝึกอบรม มีต้นสังกัด คือ ร.พ.

ไม่มีต้นสังกัด

รายชื่ออาจารย์แพทย์ที่ขอใบ recommend

1. ชื่อ-สกุล..... สถาบัน.....

E-mail:..... เบอร์โทร.....

2. ชื่อ-สกุล..... สถาบัน.....

E-mail:..... เบอร์โทร.....

3. ชื่อ-สกุล..... สถาบัน.....

E-mail:.....เบอร์โทร.....

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่สมัคร

หลักฐานการสมัคร

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล/ใบทะเบียนสมรส (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล) จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาใบประกอบโรคศิลป์ จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาใบผ่านการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ จำนวน 1 ฉบับ
5. สำเนาผลการเรียน (transcript) จำนวน 1 ฉบับ
6. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
7. รูปถ่าย (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน ขนาด 2 นิ้ว) จำนวน 2 รูป
8. หนังสือรับรองจากต้นสังกัด (กรณีที่มีต้นสังกัด) จำนวน 1 ฉบับ
9. จดหมายรับรองการได้รับทุนจากต้นสังกัด (กรณีมีต้นสังกัด) จำนวน 1 ฉบับ
10. จดหมายแนะนำตัวผู้สมัคร (Recommendation Letter) จากผู้บังคับบัญชา หรืออาจารย์แพทย์ที่รู้จักผู้สมัครเป็นอย่างดี จำนวน 3 ฉบับ
(โดยให้ผู้ประเมินเป็นผู้จัดส่งเอกสารปิดผนึกกลับมาที่กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว ราชวิถีทางไปรษณีย์)
ห้ามมิให้ผู้สมัครนำเอกสารมาส่งเองมิฉะนั้นจะไม่ได้รับการพิจารณา
11. จดหมายแนะนำตัวเองพร้อมระบุเหตุผลในการเลือกเรียนสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว รพ.ราชวิถี อย่างน้อย 1 หน้ากระดาษ
12. เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลงานทางวิชาการ (ถ้ามี) ฯลฯ
13. ใบรับรองแพทย์ตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเท่านั้น พร้อมผลเอกซเรย์ปอด

ส่งใบสมัครกลับมาที่ E-mail : backoffice.FMRJ@gmail.com นส.ลดาวัลย์ พงษ์ปลัด

ติดต่อเบอร์ 02-644-7005 ต่อ 2228, 2238, 2240 หรือ 083—601-3688

เจ้าหน้าที่ของถึง

หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลราชวิถี

2 ถนนพญาไท เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400

(แบบประเมินแพทย์ประจำบ้าน)

