**ใบสมัครเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด**

**สาขาอนุสาขาอายุรศาสตร์ โรคไต (Subboard nephrology)**

**โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์**

**เพื่อเข้าเรียนในปีการศึกษา 2565**

ชื่อ ( ) นายแพทย์ ( ) แพทย์หญิง ............................................................................................................... อายุ .................. ปี

ชื่อ ภาษาอังกฤษ ..........................................................................................................................................................................

สถาบันที่สำเร็จการศึกษา .............................................................................................................................................................

ปีที่สำเร็จการศึกษา ................................................... เกรดเฉลี่ย ...................................... เลข ว ..............................................

( ) มีต้นสังกัด จาก .....................................................................................................................................................................

( ) อิสระ

ประสบการณ์ทำงาน

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

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

ภูมิลำเนา

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

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. .......................................................................................................................................................................................................ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้สะดวก

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .......................................................................................................................................................................................................โทรศัพท์ ............................................................ E – Mail ………………………………………………………………………….………………….

ท่านได้สมัครเรียนอนุสาขาอายุรศาสตร์ โรคไต ที่ใดไว้บ้าง .........................................................................................................

(ลงชื่อ) .......................................................................................

(ลงชื่อ ตัวบรรจง)………………………………………………………………

วัน เดือน ปี .............................................................................

หมายเหตุ : แบบฟอร์มนี้ไม่ใช่เอกสารยืนยันว่าท่านจะต้องได้รับเรียนในสถาบันโรงพยาบาลราชวิถีอย่างแน่นอน

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

แนบหลักฐาน

1. รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (รูปทางการ 1 รูป, รูปปัจจุบันไม่เป็นทางการ 1 รูป) โดยสามารถส่งแบบรูปถ่ายปกติและส่งเป็น JPG file โดยถ่ายไม่เกิน 6 เดือนนับก่อนวันส่งใบสมัคร

2. สำเนาวุฒิการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์บัณฑิต (Transcript) จำนวน 1 ฉบับ (รับรองสำเนาถูกต้อง)

3. สำเนาใบปริญญาบัตรหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต จำนวน 1 ฉบับ (รับรองสำเนาถูกต้อง)

4. สำเนาวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา สาขาอายุรศาสตร์ (ในกรณีที่สำเร็จการศึกษาแล้ว) จำนวน 1 ฉบับ (รับรองสำเนาถูกต้อง)

5. จดหมายหรือเอกสารรับรอง (Recommend letter) จำนวนรวมอย่างน้อย 2 ฉบับ กล่าวคือ

5.1 จดหมายหรือเอกสารรับรอง (Recommend letter) 1 ฉบับ

จากผู้บังคับบัญชา อาทิเช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นต้น หรือหัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาตร์หรือหัวหน้างานโรคไต ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่

ณ ปัจจุบัน

5.2 จดหมายหรือเอกสารรับรอง (Recommend letter) 1 ฉบับ

จากอาจารย์แพทย์ที่ท่านได้ร่วมเรียนหรือร่วมปฏิบัติงาน ไม่จำกัดแผนก

6. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ (รับรองสำเนาถูกต้อง)

7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ที่ยังไม่หมดอายุ) จำนวน 1 ฉบับ (รับรองสำเนาถูกต้อง)

ส่งหลักฐานได้ที่

คุณเพชรนภา ขวัญแก้ว (เลขานุการงานโรคไต)

งานโรคไต ชั้น 1 ตึกอายุรกรรม กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 2 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร.02-2062900 ต่อ 50139, 50140 โทรสาร. 02-3548188

เบอร์มือถือ 087-7161952

และทาง E-mail: nephro\_rj@rajavithi.go.th