**แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด**

รูปถ่าย 2 นิ้ว

**อนุสาขาโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม กลุ่มงานอายุรศาสตร์**

**โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์**

ชื่อ ภาษาไทย.....................................................................................................อายุ.............ปี

ภาษาอังกฤษ..........................................................................................................................................

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

ปีที่สำเร็จการศึกษา.......................................................................เกรดเฉลี่ย................................................

มีความประสงค์จะเข้ารับการฝึกอบรมในปีการศึกษา....................................................................................

( ) อยู่ในระหว่างการขอทุน จาก..................................................................................................................

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

( ) อิสระ......................................................................................................................................................

ประสบการณ์ทำงาน......................................................................................................................................

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

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

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

ภูมิลำเนา

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

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

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

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

โทรศัพท์มือถือ............................................................................

E-mail........................................................................................

เลือกเรียนสาขาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี ลำดับที่...................................

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

วันที่........................................

หลักฐานประกอบการกรอกแบบแสดงเจตจำนง

๑.รูปถ่าย ๒ นิ้ว จำนวน ๑ รูป ๒. ใบแสดงคะแนนตลอดการศึกษาแพทย์ศาสตร์ (Transcript)

๓. ใบ recommendation จากอาจารย์ที่เคยสอน ๒ ท่าน จากผู้บังคับบัญชา ๑ ท่าน

๔. สำเนาบัตรประชาชน ๕. หนังสือรับรองการเพิ่มพูนทักษะ ๖. สำเนาปริญญาบัตร ๗. สำเนาวุฒิบัตร

ส่งหลักฐานได้ที่ เลขที่ ๒ ศูนย์เบาหวาน ชั้น ๙ ตึกสิรินธร โรงพยาบาลราชวิถี ถ. ราชวิถี

เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐ ติดต่อ คุณถาวร เพิ่มยินดี โทร ๐๘๗-๐๓๐-๑๖๖๗ FAX ๐๒-๓๕๔๘๑๗๙

E-mail: rjendocrine@gmail.com

หมายเหตุ กรุณาส่งใบสมัครมาทางขนส่งเอกชน (ป้องกันการสูญหาย)

สแกนไฟล์ส่งมาใน E-mail ก่อนด้วยนะคะ กันการสูญหาย