

ใบสมัครแพทย์แพทยฝึกอบรมเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

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.....

5. ใช้ทุนปีที่ 5 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. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
4. ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
5. หนังสือจากต้นสังกัดลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงานต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรม (กรณีผู้สมัครมีต้นสังกัด)
6. สำเนาผลการเรียน (transcript) จำนวน 1 ฉบับ
7. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
8. รูปถ่าย (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน ขนาด 1 นิ้ว) จำนวน 2 รูป
9. จดหมายแนะนำตัวผู้สมัคร (Recommendation Letter) จากผู้บังคับบัญชา หรืออาจารย์แพทย์ที่รู้จักผู้สมัครเป็นอย่างดี จำนวน 3 ฉบับ  
(โดยให้ผู้ประเมินเป็นผู้จัดส่งเอกสารปิดผนึกกลับมาที่กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวรพ.ราชวิถี ทางไปรษณีย์)\*\* ห้ามมิให้ผู้สมัครนำเอกสารมาส่งเองมิฉะนั้นจะไม่ได้รับการพิจารณา\*\*
10. จดหมายแนะนำตัวเองพร้อมระบุเหตุผลในการเลือกแพทย์ฝึกอบรมหลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวผู้สูงอายุ รพ.ราชวิถี อย่างน้อย 1 หน้ากระดาษ
11. เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลงานทางวิชาการ (ถ้ามี) ฯลฯ
12. ใบรับรองแพทย์ตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเท่านั้น พร้อมผลเอกซเรย์ปอด

ส่งใบสมัครกลับมาที่ E-mail : [backoffice.FMRJ@gmail.com](mailto:backoffice.FMRJ@gmail.com) และ ส่งเอกสารขนส่งเอกสาร

นส.ลดาวัลย์ พงษ์ปลัด

ติดต่อเบอร์ 02-206-2900 ต่อ 11320 หรือ 083-601-3688

เจ้าหน้าที่

หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลราชวิถี

2 ถนนพญาไท เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400

(แบบประเมินแพทย์ฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวผู้สูงอายุ)