



คำแนะนำการสมัครเข้ารับการศึกษาเป็นแพทย์ฝึกหัดเฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

1. คุณสมบัติผู้แสดงความจำนง

- 1.1 จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต และได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยแพทยสภา
- 1.2 ผ่านการปฏิบัติงานภายใต้โครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ อย่างน้อย 1 ปี นับจนถึงวันเปิดภาคการศึกษา
- 1.3 เป็นผู้มีความประพฤติเหมาะสม และดำรงไว้ซึ่งศีลธรรมอันดีงาม

2. หลักฐานที่ต้องใช้ประกอบการสมัคร ได้แก่

- 2.1 แบบแสดงความจำนง และ แบบสอบถามประเมินคุณลักษณะ
- 2.2 รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว จำนวน 3 รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน (ให้ติดไว้ที่แบบแสดงความจำนง 1 รูป)
- 2.3 สำเนาเอกสารดังต่อไปนี้ จำนวนอย่างละ 1 ชุด
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - สำเนาประกาศนียบัตรหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
 - สำเนาเอกสารแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
 - สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - สำเนาหนังสือรับรองการผ่านการปฏิบัติงานภายใต้โครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (หากเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะปีที่ 1 อนุโลมให้ใช้หนังสือรับรองจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้มีอำนาจ)
 - หนังสืออนุมัติให้เข้าฝึกอบรม และรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกจากต้นสังกัด (ถ้ามี)
 - หนังสือรับรองความประพฤติ จากแพทย์อย่างน้อยจำนวน 2 ท่าน
 - สำเนาหนังสืออนุมัติหรืออนุมัติตรา สาขาศัลยศาสตร์หัวใจ ในกรณีสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด (หากเป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์หัวใจขั้นปีที่ 4 อนุญาติให้ใช้หนังสือรับรองการปฏิบัติงานแทน)
- 2.4 เอกสารต่อไปนี้ สามารถใช้ประกอบการสมัครได้ แต่ไม่ถือว่าจำเป็น
 - ใบแสดงเกียรติประวัติโดยย่อ
 - เอกสารรับรองการทดลองปฏิบัติงานในแผนกศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี
 - ประกาศนียบัตรรับรองผลงานทางวิชาการ รางวัล หรือการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ
 - ใบแสดงความรู้ความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษ IELTS, TOEFL, ESOL

ส่งเอกสารทั้งหมดด้วยตนเอง หรือผ่านไปรษณีย์ลงทะเบียนที่

**“สำนักงานศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี
เลขที่ 2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400”
โดยให้ระบุที่มุมของจดหมายว่า “สมัครแพทย์ประจำบ้าน”**

3. เกณฑ์การคัดเลือก

การสอบสัมภาษณ์ หนังสือรับรองความประพฤติ และคุณลักษณะต่างๆ จะใช้ประกอบการคัดเลือก โดยถือคำตัดสินของคณะกรรมการสอบสัมภาษณ์เป็นที่สุด

4. กำหนดการรับสมัคร

- เริ่มรับสมัครตั้งแต่ 1 -31 ตุลาคม 2562
- กำหนดสอบสัมภาษณ์ (จะแจ้งให้ผู้สมัครทราบอีกครั้ง)

แบบสอบถามข้อมูลผู้สมัครรับการคัดเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ทรวง
กรมการแพทย์ ปี พ.ศ.

1. ข้อมูลพื้นฐาน

- 1.1 ชื่อ นาย นาง นางสาว.....นามสกุล.....
- 1.2 อายุ.....ปี
- 1.3 สถานภาพสมรส
- โสด
- สมรส ชื่อคู่สมรส.....
- จำนวนบุตร.....คน (อายุ.....ปี,อายุ.....ปีอายุ.....ปีอายุ.....ปีอายุ.....ปี)
- ภูมิลำเนา.....
- 1.4 ทักษะและความชำนาญพิเศษด้าน
- 1.4.1 คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต
- 1.4.2 ภาษาต่างประเทศ
- ภาษาอังกฤษ
- ภาษาอื่นๆ (โปรดระบุ).....
- 1.4.3 กีฬาและสันทนาการ.....
- 1.4.4 งานอดิเรก.....
- 1.5 พื้นฐานด้านการเรียนการสอนและงานวิจัย.....
- 1.6 Recommendation (ถ้ามี).....
- 1.7 โปรดระบุผู้ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุดมา 2 ชื่อ
- 1.7.1
- 1.7.2
- 1.8 ต้นสังกัดที่ส่งเข้าฝึกอบรม
- มี ที่โรงพยาบาล.....
- ไม่มี

2.ข้อมูลด้านการศึกษา ชั้นอุดมศึกษา

2.1 ปีที่เริ่มเข้ารับการศึกษาระดับอุดมศึกษา

.....

2.2 ปีที่จบการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์

.....

2.3 สถาบันที่จบการศึกษา คณะแพทยศาสตร์

.....

2.4 เกรดเฉลี่ยตลอดปีการศึกษา (GPA)

.....

2.5 ผลการเรียนศัลยศาสตร์ทั่วไป (General Surgery)

นศพ. ปี 4 นศพ. ปี 5

2.6 ท่านเคยถูกพักเรียน หรือการทัณฑ์บนหรือไม่

มี ไม่มี

2.7 เคยสอบตกจนต้องซ้ำชั้นหรือไม่

มี ไม่มี

2.8 เคยสอบตก ต้องสอบซ่อมเป็นรายวิชาหรือไม่ ระบุรายวิชา

มี (โปรดระบุวิชา)..... ไม่มี

2.9 เคยได้รับรางวัลการศึกษาเป็นพิเศษหรือไม่ ระบุวิชา หรือรางวัลด้านใด

มี (โปรดระบุวิชา)..... ไม่มี

3. ข้อมูลด้านประสบการณ์ทำงาน

ระบุประวัติการทำงานหลังจบการศึกษา

- 3.1 โรงพยาบาล จังหวัด.....
ขนาด (เตียง)จำนวนแพทย์ระยะเวลา.....
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน.....
ตำแหน่ง.....
ผู้สามารถให้ข้อมูล (ชื่อ/ตำแหน่ง).....
โทรศัพท์/FAX (ในกรณีสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม).....
- 3.2 โรงพยาบาล จังหวัด.....
ขนาด (เตียง)จำนวนแพทย์ระยะเวลา.....
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน.....
ตำแหน่ง.....
ผู้สามารถให้ข้อมูล (ชื่อ/ตำแหน่ง).....
โทรศัพท์/FAX (ในกรณีสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม).....
- 3.3 โรงพยาบาล จังหวัด.....
ขนาด (เตียง)จำนวนแพทย์ระยะเวลา.....
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน.....
ตำแหน่ง.....
ผู้สามารถให้ข้อมูล (ชื่อ/ตำแหน่ง).....
โทรศัพท์/FAX (ในกรณีสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม).....

สามารถให้ข้อมูลได้)

4.1 ช่วงนักศึกษาแพทย์ (โรงพยาบาลที่ผ่านการฝึกหัดด้านศัลยกรรม)

.....
.....

4.2 ช่วงแพทย์ฝึกหัด (เพิ่มทุนประสบการณ์)

.....
.....

4.3 ช่วงการปฏิบัติงานเป็นแพทย์ใช้ทุน

.....
.....

4.4 เคยได้รับตำแหน่งทางด้านบริหาร หรือได้รับมอบหมายจากการปฏิบัติงาน /รักษาการ /หัวหน้าฝ่ายวิชาการ

.....
.....

4.5 การฝึกอบรมเพิ่มเติมหลังจบการศึกษา

.....
.....

4.6 โครงการหรือการริเริ่มโครงการเป็นผลงานพิเศษ

.....
.....

4.7 เคยได้รับรางวัลหรือการยกย่องจากผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

.....
.....

4.8 เคยถูกร้องเรียนหรือลงโทษจากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาหรือไม่

.....
.....

4.9 ความสัมพันธ์ต่อผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานของท่านเป็นอย่างไร (โปรดแนบใบแนะนำตัวมาด้วย ถ้ามี)

.....
.....

5. แบบประเมินทัศนคติ

5.1 ท่านคิดว่าวิชาชีพแพทย์เป็นอย่างไร

.....
.....

5.2 ความรับรู้ของท่านต่อโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ คือ

.....
.....

5.3 เหตุใดท่านจึงเลือกฝึกอบรมที่กรมการแพทย์

.....
.....

5.4 ความคาดหวังของท่านเมื่อจบการฝึกอบรมแล้ว คือ

.....
.....

5.5 ท่านยินดีที่จะปฏิบัติงานช่วงนอกเวลาราชการตามที่กรมมอบหมายให้หรือไม่

.....
.....

5.6 ท่านมีความพร้อมที่จะรับการฝึกอบรมโดยยินยอมที่จะไม่ประกอบวิชาชีพเป็นการหารายได้พิเศษระหว่างการฝึกอบรมหรือไม่

ยินยอม ไม่ยินยอม เพราะ.....

5.7 ท่านคิดว่าการฝึกอบรมด้านศัลยกรรมทั่วไปที่กรมการแพทย์ มีข้อดีหรือข้อเสียอย่างไรเมื่อเทียบกับการฝึกอบรมที่สถานบันอื่น

.....
.....

5.8 เมื่อจบการศึกษาแล้ว ท่านมีความตั้งใจที่จะศึกษาต่อเพิ่มเติมอีกหรือไม่

.....
.....

เลขที่รับสมัคร.....

5.9 จุดมุ่งหมายในชีวิตของท่าน คือ

.....
.....

5.10 ในการทำงานที่ผ่านมา ท่านมีความภูมิใจต่อสิ่งใดมากที่สุด

.....
.....

5.11 หากท่านได้รับการคัดเลือกจากกรมการแพทย์แล้ว ท่านจะไปสมัครเพื่อรับการคัดเลือกที่สถาบันอื่น
อีกหรือไม่

ไม่ไปสอบคัดเลือกที่อื่นอีก จะไปสอบคัดเลือกที่อื่น

5.12 ความสนใจพิเศษของท่าน คือ

.....
.....

5.13 สิ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกเรียนศัลยกรรมมากที่สุดของท่าน คืออะไร

.....
.....

5.14 สิ่งใดที่ท่านคิดว่ามีผลต่อความสำเร็จของการฝึกอบรมของท่าน

.....
.....

ลงชื่อ(ผู้สมัคร)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.