

แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการศึกษาประกอบแพทย์ประจำบ้านต่อยอด
อนุสาขาโรกระบบทางเดินอาหาร กลุ่มงานอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

รูปถ่าย ๒ นิ้ว

ชื่อ ภาษาไทยอายุ.....ปี

ภาษาอังกฤษ.....

สถาบันที่สำเร็จการศึกษา.....

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

มีความประสงค์จะเข้ารับการศึกษาประกอบในสาขาอายุรศาสตร์ ในปีการศึกษา.....

() อยู่ในระหว่างการขอทุน จาก.....

() มีต้นสังกัด จาก

() อิสระ

ประสบการณ์ทำงาน.....

.....

.....

.....

ภูมิลำเนา

.....

.....

.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้สะดวก.....

.....

โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail.....

เลือกเรียนสาขาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี ลำดับที่.....

(ลงชื่อ).....

วันที่.....

หลักฐานประกอบการกรอกแบบแสดงความจำนง

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

๓. ใบ recommendation จากอาจารย์ที่เคยสอน ๒ ท่าน จากผู้บังคับบัญชา ๑ ท่าน

๔. สำเนาบัตรประชาชน ๕. หนังสือรับรองการเพิ่มพูนทักษะ

ส่งหลักฐานได้ที่ เลขที่ ๒ หน่วยส่งกล่องทางเดินอาหาร กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐ มือถือ 085-5323723

โทร/Fax.๐๒-๓๕๔๘๑๐๘ ต่อ ๓๐๑๓๒ สแกนไฟล์ส่งด้วยค่ะ E-mail : rajavithigi@gmail.com

ติดต่อ คุณวชิราภรณ์ ไชโยส **หมายเหตุ** หลักฐานใบสมัครกรุณาส่งบริษัทขนส่งเอกชนป้องกันการสูญหาย