

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

กลุ่มงานสูตินรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย).....(ชื่อเล่น)

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)..... E-mail:.....

วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี Facebook:.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

.....ภูมิลำเนาเดิม.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....เบอร์โทรศัพท์บ้าน

เชื้อชาติสัญชาติ.....ศาสนา.....

สถานภาพสมรส.....บุตร-ธิดา

ชื่อ-สกุลบิดา.....อาชีพ

ชื่อ-สกุลมารดา.....อาชีพ

จบการศึกษามัธยมปลายที่โรงเรียน

จบแพทยศาสตรบัณฑิตจาก.....เมื่อปี พ.ศ.

ได้คะแนนเฉลี่ย/GPAเกรดของ OB-GYN.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่

ประวัติการทำงานหลังจบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจนถึงปัจจุบัน

1. ใช้ทุนปีที่ 1 ที่ โรงพยาบาล.....จังหวัด

ตั้งแต่ถึง.....

2. ใช้ทุนปีที่ 2 ที่ โรงพยาบาล.....จังหวัด

ตั้งแต่ถึง.....

3. ใช้ทุนปีที่ 3 ที่ โรงพยาบาล.....จังหวัด

ตั้งแต่ถึง.....

4. ใช้ทุนปีที่ 4 ที่ โรงพยาบาล.....จังหวัด

ตั้งแต่ถึง.....

ประเภทของการฝึกอบรม มีต้นสังกัด คือ ร.พ.

ไม่มีต้นสังกัด

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่สมัคร

หลักฐานการสมัคร

1. รูปถ่ายที่เห็นหน้าชัดเจน ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป
2. สำเนา Transcript 1 ใบ
3. จดหมายรับรองการได้รับทุนจากต้นสังกัด (กรณีมีต้นสังกัด)
4. Port folio (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ตรวจสุขภาพ พร้อมผลตรวจเลือด CBC, HBsAg, Anti-HIV และ CXR
6. จดหมายแนะนำตัว (ใบ recommend) จำนวน 3 ฉบับ โดยให้แจ้งชื่อ-สกุล, โรงพยาบาล, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail ผู้ประเมิน ส่งกลับมายังกลุ่มงานสูตินรีเวชศาสตร์

1.
2.
3.

หากท่านมีเอกสารประกอบการสมัครไม่ครบ จะไม่ได้รับการเรียกตัวเพื่อสอบสัมภาษณ์ เพื่อเป็นแพทย์ประจำบ้าน

ส่งใบสมัครกลับมาที่ E-mail : backoffice.gyn.ob@gmail.com คุณเรียม ,คุณชนก หรือคุณฐานิต

ติดต่อ เบอร์ 02-3548108 ต่อ 3226,3210 หรือ 087-3425182

เจ้าหน้าที่ของถึง

หัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

2 ถนนพญาไท เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400

(แบบประเมินแพทย์ประจำบ้าน)

