**ใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอด**

**อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตระบบการหายใจ ปีการศึกษา 2567**

**รอบที่ 1 ครั้งที่ [ ] 1 [ ] 2**

ชื่อ-นามสกุล [ ] นพ. [ ] พญ. ....................................................................................................

อายุ ...................... ปี เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ..................................

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ............................................................................................................................

โทร. มือถือ ................................................................ E-mail …………………………………………………….

สภานภาพปัจจุบัน

[ ] ได้รับวุฒิบัตรฯ หรืออนุมัติบัตรฯ สาขาอายุรศาสตร์ เมื่อปี พ.ศ. ......................

จากสถาบันฝึกอบรม .............................................................

ปัจจุบัน ปฏิบัติงานที่ ...............................................................................................................

[ ] แพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 [ ] แพทย์ใช้ทุนสาขาอายุรศาสตร์ ชั้นปีที่ 4

สถาบัน ...................................................................................

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตระบบการหายใจ ปีการศึกษา 2567 โดยเลือก

อันดับที่ 1 สถาบัน .........................................................................................

อันดับที่ 2 สถาบัน .........................................................................................

อันดับที่ 3 สถาบัน .........................................................................................

และ [ ] มี/คาดว่าจะมีต้นสังกัด จาก ...............................................................

[ ] ไม่มีต้นสังกัด

ลงชื่อ .................................................................

(.........................................................)

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

**หมายเหตุ**

1. ให้ส่งใบแสดงความจำนงเป็นเอกสารไปที่สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ พร้อมทั้งสแกนใบแสดงความจำนงส่งทาง e-mail ที่ thaitst@gmail.com ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2566
2. เอกสารประกอบการคัดเลือก ให้ส่งโดยตรงที่สถาบันที่มีความประสงค์เข้ารับการคัดเลือก (สถาบันละ 1 ชุด)

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล ให้ส่งสำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุลด้วย)

2. รูปถ่ายที่เป็นปัจจุบัน 1 รูป

3. สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ บัตรประจำตัวของแพทยสภา

4. สำเนาใบวุฒิบัตรฯ อายุรศาสตร์ หรือ หนังสือรับรองเป็นแพทย์ประจำบ้านปีสุดท้าย

5. ใบ recommendation 1-2 ฉบับ (จากผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ในโรงเรียนแพทย์/สถาบันฝึกอบรม)

6. หนังสือรับรองจากต้นสังกัด (ในกรณีที่มีต้นสังกัด)

7. ประวัติส่วนตัว สำเนา transcript (หลักสูตร พ.บ.) ผลงาน/กิจกรรมที่โดดเด่น (ตั้งแต่เรียนแพทย์-ปัจจุบัน) และเหตุผลที่มาสมัครเข้ารับการฝึกอบรม

8. เอกสารอื่นนอกจากนี้ขึ้นกับแต่ละสถาบันที่สมัคร