

แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด
อนุสาขาอายุรศาสตร์ โภคระบบการหายใจและภาวะวิกฤต โภคระบบการหายใจ
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

ชื่อ-นามสกุล ภาษาไทย..... อายุ..... ปี

ภาษาอังกฤษ.....

สถานที่สำเร็จการศึกษา.....

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

สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....

มีความประสงค์จะเข้ารับการฝึกอบรมในสาขาอายุรศาสตร์ โภคระบบการหายใจ ในปีการศึกษา.....

() อยู่ในระหว่างการขอทุน จาก

() มีต้นสังกัด จาก..... () ... อิสร...

ประสบการณ์การทำงาน

ภูมิลำเนา

ที่อยู่ปัจจุบันที่ดีดต่อได้สะดวก.....

โทรศัพท์มือถือ..... e-mail.....

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

วันที่.....

หลักฐานประกอบการยื่นสมัครแบบแสดงความจำนำงเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อよอุด

1. รูปถ่าย 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป
2. ใบแสดงคะแนนตลอดการศึกษาแพทย์ศาสตร์ (Transcript)
3. ใบ Recommendation จากอาจารย์ที่เคยสอน 2 ท่าน จากผู้บังคับบัญชา 1 ท่าน
4. หนังสือรับรองการเพิ่มพูนทักษะ
5. สำเนาบัตรประชาชน
6. สำเนาปริญญาบัตร
7. สำเนาวุฒิบัตร

ส่งหลักฐาน ได้ที่

เลขที่ 2 งานโรคปอด ห้อง 9/11 ชั้น 1 ตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 02-2092600 ต่อ 20919 หรือ 081-0205601 (คุณหวาน)

e-mail Kwan_jang@windowslive.com