



รูปถ่าย

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี  
ประจำปีการศึกษา 2564 รอบที่ 2

ให้กรอกข้อมูลโดยการพิมพ์ หรือเขียนด้วยตัวบรรจงและทำเครื่องหมาย ✓ หรือระบุตัวเลขในช่อง  ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง เอกสารที่เป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

1. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร  นาย  นาง  นางสาว .....

วัน เดือน ปี เกิด..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

เลขที่ประจำตัวประชาชน

2. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail.....

3. คุณวุฒิทางการศึกษา ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์.....

..... ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา..... เกรตเฉลี่ย.....

4. ประสบการณ์การสมัคร/ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

- ท่านเคยถูกตัดสิทธิในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่  ไม่เคย  เคย  
(โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่เคยถูกตัดสิทธิในการสมัคร).....
- ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่  ไม่เคย  เคย  
(ถ้าเคย โปรดระบุสาขาและปี พ.ศ. ที่จบ หรือจะจบ.....)

5. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ/ ภาระการชดใช้ทุน จนถึงปัจจุบัน

- โครงการเพิ่มพูนทักษะปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาล.....  
ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. .... ถึงเดือน..... พ.ศ. ....
- ภาระการชดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)  
 มี ปฏิบัติมาแล้ว..... ปี  ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี  ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

- ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา..... ปี นับจนถึงปัจจุบัน
- สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)
  - ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
  - ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

**6. สิทธิในการสมัคร**

- ไม่มีต้นสังกัด
- มีต้นสังกัด ..... (ระบุชื่อต้นสังกัด) ..... (ตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด)

**หลักฐานที่ผู้สมัครทุกสาขาที่ใช้สิทธิต้นสังกัด ต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้**

- หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก

**7. เอกสารในการสมัคร ผู้สมัครจะต้องจัดเตรียมเอกสารหลักฐานดังนี้**

- (๑) ใบสมัคร ให้ติดรูปถ่ายขนาด ๒ นิ้วถ่าย **ไม่เกิน ๖ เดือน** จำนวน ๑ รูป
- (๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- (๓) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล / ใบทะเบียนสมรส (ในกรณีที่เปลี่ยนชื่อ - สกุล)
- (๔) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (๕) สำเนาประกาศนียบัตร หรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ (เฉพาะผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๓๘ เป็นต้นไป)
- (๖) หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม) โดยใช้แบบหนังสือรับรองต้นสังกัดตามแบบที่กำหนด
- (๗) หนังสือรับรอง / แนะนำผู้สมัคร (ถ้ามี)

ผู้สมัครจะต้องจัดทำใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐาน ส่งให้กับสถาบันฝึกอบรมที่ผู้สมัครเลือกแห่งๆ ละ๑ชุดตามจำนวนที่เลือกเพื่อตรวจสอบเอกสารที่ถ่ายสำเนาให้ผู้สมัครเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับด้วย

**การแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใบสมัคร** เมื่อกรอกใบสมัครและยื่นพร้อมหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่แล้ว จะขอแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใบสมัครมิได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งหรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าจะถูกดำเนินตามกฎหมาย

ลายเซ็นผู้สมัคร \_\_\_\_\_  
วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_