



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอดฯ
อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคไต ประจำปีการฝึกอบรม 2566

รูปถ่าย

2 นิ้ว

ก. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุล นพ. พญ. นามสกุล

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ออกให้เมื่อวันที่

วัน-เดือน-ปีเกิด / / เชื้อชาติ สัญชาติ

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ข. ต้นสังกัดที่ส่งเข้าฝึกอบรม

อิสระ

หน่วยงานรัฐ

กระทรวง..... กรม / มหาวิทยาลัย / บริษัท.....

จังหวัด..... โรงพยาบาล.....

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ค. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/อาคาร ซอย

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์มือถือ E-mail:

ง. คุณวุฒิการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ / การฝึกอบรมในวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน (นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการ
เพิ่มพูนทักษะ)

ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จากสถาบัน.....

วุฒิบัตร หนังสืออนุมัติ

สาขา.....

ผ่านการฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะแล้ว อยู่ระหว่างการฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

มีภาระชดใช้ทุน ปฏิบัติงานมาแล้ว.....ปี ไม่มี ปฏิบัติงานชดใช้ทุนครบถ้วนแล้ว ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

จ. สถานที่ทำงานปัจจุบัน

โรงพยาบาล / สถาบัน

ที่อยู่ทำงาน.....

ฉ. ท่านเคยได้รับการสอบสวนทางวินัยหรือจริยธรรมหรือไม่

ไม่เคย

เคย สาเหตุ..... เมื่อ พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า 1. ข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นจริงทุกประการ

2. เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครอบรมถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

หากภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบข้อความที่ไม่เป็นจริง หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้
ตัดหรือเพิกถอนสิทธิ์ในการสมัครอบรม แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจจะถูกดำเนินการตามกฎหมาย

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.