

รายละเอียดการรับสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอดฯ (แผน ก.) ประจำปีการศึกษา 2566

อนุสาขาอายุรศาสตร์ งานโรคไต โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ประสานงาน / สอบถามเพิ่มเติม : พญ.วรรณิยา มินุ่น,

คุณชนิรัตน์ ทองสุข (แดงกาว) โทร.02-2062900 ต่อ 10990 – 10991

กำหนดเวลารับสมัคร : ตั้งแต่วันที่ 1 – 31 ตุลาคม 2565

วิธีการรับสมัคร

ผู้สมัครรวบรวมใบสมัครและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ จัดทำเอกสารรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ไฟล์สกุล .pdf โดยตั้งชื่อเอกสารตามวงเล็บในแต่ละข้อพร้อมชื่อ - นามสกุล จำกัดไฟล์ไม่เกิน 10 MB ส่งมายัง e-mail; Nephro.rj@gmail.com เอกสารการสมัคร ****ต้องเซ็นสำเนาถูกต้องให้ครบทุกฉบับด้วย****

(1) ใบสมัคร : กรอกข้อมูลด้วยตนเอง สามารถดาวน์โหลดเอกสารใบสมัครได้ที่ website : <https://www.rajavithi.go.th/rj/?p=21626> (เข้าสู่ website โรงพยาบาลราชวิถี → หัวข้อบุคลากรทางการแพทย์ → ข่าวบุคลากรทางการแพทย์) หรือ สแกน QR Code แล้วพิมพ์ลงกระดาษเพื่อลงนาม พร้อมติดรูปถ่ายหน้าตรงในกรอบที่กำหนด (ขนาด 2 นิ้ว) ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 1 รูป (ตั้งชื่อไฟล์เป็น : ใบสมัคร_ชื่อ นามสกุล)

(2) สำเนาบัตรประชาชน (ตั้งชื่อไฟล์เป็น : บัตรประชาชน_ชื่อ นามสกุล)

(3) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) (ตั้งชื่อไฟล์เป็น : ใบเปลี่ยนชื่อ_ชื่อ นามสกุล)

(4) สำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (ตั้งชื่อไฟล์เป็น : แพทยศาสตรบัณฑิต_ชื่อ นามสกุล)

(5) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ตั้งชื่อไฟล์เป็น : ใบประกอบวิชาชีพ_ชื่อ นามสกุล)

(6) สำเนาประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ป้อนโครงการเพิ่มพูนทักษะ (ตั้งชื่อไฟล์เป็น : เพิ่มพูนทักษะ_ชื่อ นามสกุล)

(7) หนังสือจากต้นสังกัดลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงานต้นสังกัด อนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้ที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม) โดยใช้แบบหนังสือรับรองต้นสังกัดตามแบบที่กำหนด ยกเว้นผู้ได้รับการคัดเลือกให้รับต้นสังกัดเพื่อเข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ตั้งชื่อไฟล์เป็น : ต้นสังกัด_ชื่อ นามสกุล)

(8) สำเนาหนังสืออนุมัติหรืออนุมัติบัตร หรือหนังสือรับรองการปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำบ้าน หรือการปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรชั้นปีสุดท้าย ซึ่งจะต้องปลดภาระจากหน่วยงานของรัฐ หรือได้รับอนุมัติจากหน่วยงานของรัฐต้นสังกัดให้เข้ารับการฝึกอบรมต่อได้ทันทีหลังสำเร็จการฝึกอบรม (ตั้งชื่อไฟล์เป็น : วุฒิบัตร_ชื่อ นามสกุล)

(9) หนังสือรับรอง/แนะนำผู้สมัครจากผู้บังคับบัญชา จำนวน 3 คน (ตั้งชื่อไฟล์เป็น : รับรอง_ชื่อ นามสกุล)

9.1 อาจารย์โรงเรียนแพทย์ที่ผู้สมัครศึกษา

9.2 อาจารย์หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรมของสถาบันฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะ/ปฏิบัติงานชุดใช้ทุน

9.3 หัวหน้าภาควิชาของสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรณีสมัครอนุสาขา

(10) หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การศึกษาฝึกอบรม ผลงานวิชาการ และกิจกรรมพิเศษ (curriculum vitae) ของผู้สมัคร (ตั้งชื่อไฟล์เป็น : CV_ชื่อ นามสกุล)

Scan เพื่อดาวน์โหลดใบสมัครและรายละเอียดเพิ่มเติม

