

ใบสมัครฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดโรคไต  
กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์  
ประจำปีการศึกษา 2567

ติครูถ่าย 2 นิ้ว

(กรุณารอกข้อความให้ถูกต้องชัดเจน เพื่อประโยชน์ของผู้สมัครเอง)

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) .....

ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) .....

วัน - เดือน - ปี เกิด ...../...../..... อายุ ..... ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน -

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ ..... อาคาร/ตึก ..... ชั้น ..... หมู่ ..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... เบอร์ติดต่อ .....

E-mail .....

ต้นสังกัดที่ส่งฝึกเข้าอบรม (ถ้ามี)  ต้นสังกัด .....  อิสระ

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ ว. ....

ท่านได้สมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอดที่สถาบันอื่นหรือไม่  ไม่  ใช่ ระบุสถาบัน .....

คุณวุฒิการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ / การฝึกอบรมในวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน (นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการ  
เพิ่มพูนทักษะ)

ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จากสถาบัน.....

วุฒิบัตร

หนังสืออนุมัติ

สาขา..... คะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดปีการศึกษา (GPA) .....

สถานที่ทำงานปัจจุบัน

โรงพยาบาล / สถาบัน ..... เลขที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... เบอร์ติดต่อ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นจริงทุกประการ

๒. เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครอบรมถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ หากภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบข้อความที่ไม่เป็นจริง หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิ์ในการสมัครอบรม แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าจะถูกดำเนินการตามกฎหมาย

(ลงชื่อผู้สมัคร) .....

(.....)

วันที่ ...../...../.....

หมายเหตุ 1. ใบสมัครนี้ใช้เฉพาะ โรงพยาบาลราชวิถีเท่านั้น (ไม่ใช่ใบสมัครของกรมการแพทย์และแพทยสภา)

2. แบบฟอร์มนี้ไม่ใช่เอกสารยืนยันว่าท่านจะต้องได้รับเรียนในสถาบันโรงพยาบาลราชวิถีอย่างแน่นอน

3. หากมีข้อสงสัยผลการสอบคัดเลือก กรุณาติดต่อ สำนักงานโรคไต โรงพยาบาลราชวิถี โทร.02-2062900 ต่อ 10990-10991

หลักฐานประกอบการสมัคร

1. รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (รูปทางการ 1 รูป, รูปปัจจุบันไม่เป็นทางการ 1 รูป) โดยสามารถส่งแบบรูปถ่ายปกติและส่งเป็น JPG file โดยถ่ายไม่เกิน 6 เดือนนับก่อนวันส่งใบสมัคร

2. สำเนาวุฒิการศึกษาจากคณะแพทยศาสตรบัณฑิต (Transcript) จำนวน 1 ฉบับ (รับรองสำเนาถูกต้อง)

3. สำเนาใบปริญญาบัตรหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จำนวน 1 ฉบับ (รับรองสำเนาถูกต้อง)

4. สำเนาวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา สาขาอายุรศาสตร์ (ในกรณีที่สามารถสำเร็จการศึกษาแล้ว) จำนวน 1 ฉบับ (รับรองสำเนาถูกต้อง)

5. จดหมายหรือเอกสารรับรอง (Recommend letter) จำนวนรวมอย่างน้อย 2 ฉบับ กล่าวคือ

5.1 จดหมายหรือเอกสารรับรอง (Recommend letter) 1 ฉบับ

จากผู้บังคับบัญชา อาชีพเช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นต้น หรือหัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หรือหัวหน้างานโรคไต ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ ณ ปัจจุบัน

5.2 จดหมายหรือเอกสารรับรอง (Recommend letter) 1 ฉบับ

จากอาจารย์แพทย์ที่ท่านได้ร่วมเรียนหรือร่วมปฏิบัติงาน ไม่จำกัดแผนก

6. สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประชาชน (ที่ยังไม่หมดอายุ) อย่างละ จำนวน 1 ฉบับ (รับรองสำเนาถูกต้อง)

\*\* ส่งเอกสารมาที่ Email Nephro.rj@gmail.com และนำเอกสารตัวจริงมาในวันสอบสัมภาษณ์