

แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน  
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

สาขาอายุรศาสตร์ทั่วไป

สาขาอายุรศาสตร์ อื่น ๆ.....

ชื่อ ภาษาไทย .....อายุ.....

ภาษาอังกฤษ.....

สถาบันที่สำเร็จการศึกษา.....

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

สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....

มีความประสงค์จะเข้ารับการฝึกอบรมในสาขาอายุรศาสตร์ ในปีการศึกษา.....

( ) อยู่ในระหว่างการขอทุนจาก.....

( ) มีต้นสังกัดจาก..... ( ) อิสระ

ประสบการณ์การทำงาน

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ภูมิสำเนา

.....  
.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้สะดวก.....

.....

โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail.....

เลือกเรียนสาขาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี ลำดับที่.....

(ลงชื่อ).....

วันที่.....

**หลักฐานประกอบการกรอกแบบแสดงความจำนง**

1. รูปถ่าย 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป
2. ใบแสดงคะแนนตลอดการศึกษาแพทยศาสตร์ (Transcript)
3. ใบ recommendation จากอาจารย์ที่เคยสอน 2 ท่าน จากผู้บังคับบัญชา 1 ท่าน
4. สำเนาบัตรประชาชน
5. หนังสือรับรองการเพิ่มพูนทักษะ
6. สำเนาปริญญาบัตร
7. สำเนาวุฒิบัตร (สำหรับ Fellow)

ส่งหลักฐานได้ที่ เลขที่ 2 สำนักงานอายุรศาสตร์ กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร.02-2062900 ต่อ 50116 FAX: 02-3548179

E-mail Medicine.rjv@gmail.com