

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลราชวิถี

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย)..... (ชื่อเล่น)

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)..... E-mail:

วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี Facebook:

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

ภูมิลำเนาเดิม.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ..... เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

สถานภาพสมรส..... บุตร-ธิดา..... คน

ชื่อ-สกุลบิดา..... อาชีพ.....

ชื่อ-สกุลมารดา..... อาชีพ.....

จบการศึกษามัธยมปลายที่โรงเรียน.....

จบแพทยศาสตรบัณฑิตจาก..... เมื่อปี พ.ศ.

ได้คะแนนเฉลี่ย/GPA

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่..... ออกให้ ณ วันที่

ประวัติการทำงานหลังจบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจนถึงปัจจุบัน

1. ใช้ทุนปีที่ 1 ที่ โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

ตั้งแต่..... ถึง.....

2. ใช้ทุนปีที่ 2 ที่ โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

ตั้งแต่..... ถึง.....

3. ใช้ทุนปีที่ 3 ที่ โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

ตั้งแต่..... ถึง.....

4. ใช้ทุนปีที่ 4 ที่ โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

ตั้งแต่..... ถึง.....

ประเภทของการฝึกอบรม มีต้นสังกัด คือ ร.พ.

ไม่มีต้นสังกัด

รายชื่ออาจารย์แพทย์ที่ขอใบ recommend

1. ชื่อ-สกุล.....สถาบัน.....
E-mail:.....เบอร์โทร.....
2. ชื่อ-สกุล.....สถาบัน.....
E-mail:.....เบอร์โทร.....
3. ชื่อ-สกุล.....สถาบัน.....
E-mail:.....เบอร์โทร.....

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่สมัคร.....

หลักฐานการสมัคร

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล/ใบทะเบียนสมรส (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล) จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาใบประกอบโรคศิลป์ จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาใบผ่านการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สำเนาผลการเรียน (transcript) จำนวน ๑ ฉบับ
๖. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๗. รูปถ่าย (ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๒ นิ้ว) จำนวน ๒ รูป
๘. หนังสือรับรองจากต้นสังกัด (กรณีที่มีต้นสังกัด) จำนวน ๑ ฉบับ
๙. จดหมายรับรองการได้รับทุนจากต้นสังกัด (กรณีมีต้นสังกัด) จำนวน ๑ ฉบับ
๑๐. จดหมายแนะนำตัวผู้สมัคร (Recommendation Letter) จากผู้บังคับบัญชา หรืออาจารย์แพทย์ที่รู้จักผู้สมัครเป็นอย่างดี จำนวน ๓ ฉบับ
(โดยให้ผู้ประเมินเป็นผู้จัดส่งเอกสารปิดผนึกกลับมาที่กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวรพ.ราชวิถี ขนส่งเอกชน)
ห้ามมิให้ผู้สมัครนำเอกสารมาส่งเองมีฉะนั้นจะไม่ได้รับการพิจารณา
๑๑. จดหมายแนะนำตัวเองพร้อมระบุเหตุผลในการเลือกเรียนสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว รพ.ราชวิถี อย่างน้อย ๑ หน้ากระดาษ
๑๒. เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลงานทางวิชาการ (ถ้ามี) ฯลฯ
๑๓. ไปรับรองแพทย์ตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเท่านั้น พร้อมผลเอกซเรย์ปอด

ส่งใบสมัครกลับมาที่ E-mail : backoffice.FMRJ@gmail.com นส.ลดาวัลย์ พงษ์ปลัด

ติดต่อเบอร์ ๐๒-๒๐๖-๒๙๐๐ ต่อ ๑๑๓๒๐ หรือ ๐๘๓-๖๐๑-๓๖๘๘

เจ้าหน้าที่

หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลราชวิถี

๒ ถนนพญาไท เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

(แบบประเมินแพทย์ประจำบ้าน)