



รูปถ่าย

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2562
ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย

ให้กรอกข้อมูลโดยการพิมพ์ หรือเขียนด้วยตัวบรรจงและทำเครื่องหมาย หรือระบุตัวเลขในช่อง ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง เอกสารที่เป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

ก. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร นาย นาง นางสาว

วัน เดือน ปี เกิด..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ข. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail.....

(กรุณาเขียนภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่)

ค. สาขาและสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการเลือกสมัคร

๑. สาขาประเภทที่ ๒ หมายถึงสาขาที่ผู้สมัครจะ ต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ๑ ปี และได้ ปฏิบัติงาน/ ปฏิบัติงานชดใช้ทุนตามจำนวนปีที่แพทยสภากำหนด ได้แก่สาขาต่อไปนี้

สาขาโสต ศอ นาสิกกรรม

๒. สาขาประเภทที่ ๓ หมายถึง สาขาที่ผู้สมัครจะ ต้องผ่านการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านในปีสุดท้ายหรือได้รับหนังสือ อนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ ในสาขาที่กำหนดเป็นสาขาหลักก่อนแล้ว ได้แก่อนุสาขาต่อไปนี้

อนุสาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง และเสริมสร้างใบหน้า

ชื่อสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการสมัครเข้าเลือกสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน (สมัครได้มากกว่า 1 สถาบัน)

ลำดับ 1.....

ลำดับ 2.....

ลำดับ 3.....

ลำดับ 4.....

ลำดับ 5.....

ง. คุณวุฒิทางการศึกษา ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์.....

..... ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา..... เกรดเฉลี่ย.....

จ. ประสบการณ์การสมัคร/ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

• ท่านเคยถูกตัดสิทธิในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ไม่เคย เคย
(โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ.ที่ เคยถูกตัดสิทธิในการสมัคร).....

• ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ไม่เคย เคย
(ถ้าเคย โปรดระบุสาขาและปี พ.ศ.ที่จบ หรือจะจบ.....)

ฉ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ/ ภาระการชดใช้ทุน จนถึงปัจจุบัน

• โครงการเพิ่มพูนทักษะปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาล.....
ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... ถึงเดือน..... พ.ศ.....

• ภาระการชดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตาม โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)
 มี ปฏิบัติมาแล้ว..... ปี ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

• ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา..... ปี นับจนถึง
ปัจจุบัน

• สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
.....

- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)

- ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
- ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ข. สิทธิในการสมัคร

ไม่มีต้นสังกัด

มีต้นสังกัด

(ระบุชื่อต้นสังกัด)

(ตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด)

หลักฐานที่ผู้สมัครทุกสาขาที่ใช้สิทธิ์ต้นสังกัด ต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้

หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก

ข. เอกสาร ในการสมัคร ผู้สมัครจะต้องจัดเตรียมเอกสารหลักฐานดังนี้

- (๑) ใบสมัคร ให้ติดรูปถ่ายขนาด ๒ นิ้วถ่าย ไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป
- (๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- (๓) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ -สกุล / ใบทะเบียนสมรส (ในกรณีที่เปลี่ยนชื่อ -สกุล)
- (๔) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (๕) สำเนาประกาศนียบัตร หรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่าน โครงการเพิ่มพูนทักษะ (เฉพาะผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๓๘ เป็นต้นไป)
- (๖) หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม) โดยใช้แบบหนังสือรับรองต้นสังกัดตามแบบที่กำหนด
- (๗) หนังสือรับรอง / แนะนำผู้สมัคร (ถ้ามี)

ผู้สมัครจะต้องจัดทำใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐาน ส่งให้กับสถาบันฝึกอบรมที่ผู้สมัครเลือกแห่งๆ ละ๑ชุดตามจำนวนที่เลือกเพื่อตรวจสอบ เอกสารที่ถ่ายสำเนาให้ผู้สมัครเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับด้วย

การแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใบสมัคร เมื่อกรอกใบสมัครและยื่นพร้อมหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่แล้ว จะขอแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใบสมัครมิได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบดีว่าอาจถูกดำเนินตามกฎหมาย

ลายเซ็นผู้สมัคร _____
วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

หมายเหตุ

๑. แต่ละสถาบันจะทำการสัมภาษณ์และคัดเลือกเป็นการภายในให้เสร็จสิ้นภายในเวลาที่กำหนด (กำหนดเป็นปี ๆ ไป) พร้อมกันทุกสถาบัน
๒. แต่ละสถาบันจะส่งข้อมูลทั้งหมดให้กับประธานคณะกรรมการฝึกอบรม ฯ ซึ่งทำหน้าที่เป็นสื่อกลางและประสานในการรับสมัคร ฯ และประกาศผลให้ทราบ