

แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการศึกษาเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาศาสตร์โรคไต
สาขาวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

1. ข้อมูลส่วนตัวของผู้สมัคร

ชื่อ-สกุลผู้สมัครวันเดือนปีเกิด

เชื้อชาติ สัญชาติ

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ที่อยู่ปัจจุบันหรือที่อยู่ถาวรของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail

ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

ชื่อ-สกุลเบอร์โทรศัพท์..... กี่ยวข้องเป็น.....

รูปถ่าย

2. คุณวุฒิทางการศึกษา

2.1 แพทยศาสตรบัณฑิต – ระบุชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษา และสถาบันสมทบ (ถ้ามี)

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

2.2 การฝึกอบรมสาขาวิชาอายุรศาสตร์

แพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ แพทย์ใช้ทุน/ แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรฯ

สถาบัน ปี พ.ศ. ที่จบ หรือจะจบ.....

3. ปีการศึกษาที่ต้องการสมัคร.....

4. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง

ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการศึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือไม่ ไม่เคย เคย

(โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่สมัคร).....

5. สิทธิในการสมัคร (โปรดระบุชื่อต้นสังกัดที่ได้รับการอนุมัติหรือรอการอนุมัติ)

มีต้นสังกัด.....

อยู่ระหว่างการรออนุมัติเพื่อเป็นต้นสังกัด

ไม่มีต้นสังกัด (อิสระ)

6. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ภาวะการชดใช้ทุน

6.1 โครงการเพิ่มพูนทักษะปฏิบัติงานที่.....

6.2 สถานที่ทำงานปัจจุบัน โทรศัพท์.....

6.3 ภาวะการชดใช้ทุนที่ยังเหลืออยู่

ไม่มี มีภาวะการชดใช้ทุน.....ปี และปฏิบัติงานมาแล้ว.....ปี

อื่นๆ (ระบุ)

7. รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร (ควรเป็นอาจารย์ในสถาบันที่เรียน และผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด รวม 3 คน ตรงกับหลักฐานที่ส่งพร้อมใบสมัคร)

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่	โทรศัพท์
1.			
2.			
3.			

8. เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่นในการสมัคร (กรุณา ตามเอกสารที่ยื่นมาพร้อมแบบแสดงความจำนง)

เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่นในการสมัคร

- 1. แบบแสดงความจำนง (ใบสมัคร) พร้อมรูปถ่ายขนาด 2 นิ้วถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 2 รูป
- 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 3. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (Transcript)
- 4. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- 5. สำเนาวุฒิบัตร/อนุมัติบัตรอายุรศาสตร์
- 6. หนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์หรือกำลังปฏิบัติงานในฐานะแพทย์ใช้ทุน/แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรฯ ปีสุดท้าย (ในกรณีที่ยังอยู่ในระหว่างการศึกษา/ฝึกอบรม)
- 7. หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากอาจารย์ และผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด 3 ฉบับ
- 8. ประวัติส่วนตัว รวมถึงประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน และรางวัลที่เคยได้รับ
- 9. หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก (หากต้นสังกัดประกาศผลพิจารณาทุนแล้ว)
- 10. หลักฐานเพิ่มเติมอื่นๆ ตามที่สาขาวิชาต้องการ (โปรดติดต่อสาขาวิชาที่ท่านต้องการเข้ารับคัดเลือกโดยตรง)

ลายเซ็นผู้สมัคร

วันที่ / /

หมายเหตุ: ใบสมัครนี้ใช้เป็นการภายในสำหรับสาขาวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเท่านั้น ผู้สมัครที่ต้องการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดของแพทยสภา ต้องปฏิบัติตามระเบียบการสมัครของแพทยสภาที่กำหนดไว้ในแต่ละปีการศึกษาด้วย สำหรับ ผู้สมัครเข้าฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอดของคณะฯ เมื่อได้รับการคัดเลือก ให้ภาควิชา/หลักสูตร ส่งใบสมัครนี้มาที่ หัวหน้าสาขาวิชาโรคไต ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (วิทยาเขตองครักษ์) 62 หมู่ 7 ถนน รังสิต-นครนายก ต. องครักษ์ อ.องครักษ์ จ.นครนายก 26120 วงเล็บ สมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาวิชาโรคไต และระบุปีการศึกษาที่ต้องการสมัคร