

|  |
| --- |
|  **ใบสมัครแพทย์ใช้ทุน** **ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ** |

1. **ข้อมูลส่วนตัว**

ชื่อ  นาย นาง นางสาว ............................................. นามสกุล........................................................

อายุ ...................ปี โทร.(มือถือ)...................................................... e-Mail .........................................................

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่ ...................................... หมู่ที่ .....................ซอย …………………………ถนน.............................................

ตำบล........................................อำเภอ…………………………จังหวัด ...................................

ชื่อบิดา– นามสกุล .......................................................... สัญชาติ………………………… ศาสนา.................................อาชีพ …………………………………. เบอร์ติดต่อ..........................................

ชื่อมารดา– นามสกุล ............................................... สัญชาติ………………………ศาสนา ............................................. อาชีพ ............................................... เบอร์ติดต่อ........................................

1. **ประวัติการศึกษา**

สถาบันการศึกษาระดับแพทยศาสตร์บัณฑิต .....................................................................................................

ปีการศึกษาที่จบการศึกษาระดับแพทยศาสตร์บัณฑิต ..............................................................................................

คะแนนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร(GPAX) ..........................................................................................................................

1. **ข้อมูลผู้รับรอง รายชื่อ อาจารย์/ผู้บังคับบัญชา ผู้รับรองการปฏิบัติงาน**
2. ชื่อ ....................................................... นามสกุล .......................................................

ที่อยู่ /สถานที่ทำงาน...........................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ......................................................... E-mail …………………………………….……....

1. ชื่อ ....................................................... นามสกุล .......................................................

ที่อยู่ /สถานที่ทำงาน..............................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ......................................................... E-mail ………………………………………….....

1. ชื่อ ....................................................... นามสกุล ......................................................

ที่อยู่ /สถานที่ทำงาน..............................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ......................................................... E-mail ………………………………………….....

1. **เอกสารประกอบการสมัคร**
2. ใบสมัคร
3. รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว 1 รูป แนบติดใบสมัคร
4. ใบรายงานผลการศึกษาตลอดหลักสูตรทุกชั้นปี (Transcript)
5. Curriculum Vitae
6. จดหมายรับรองการปฏิบัติงานจำนวน 3 ฉบับ(อนุโลมนำมาให้ในวันสอบสัมภาษณ์ได้)
7. **วิธีการสมัคร**
8. ยื่นเอกสารโดยตรงที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ชั้น 7 อาคารโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ฯ มศว องครักษ์