

# ใบสมัครสอบการประเมินทักษะทางคลินิก (15 หัตถการ) ครั้งที่ 2

.....

ชื่อ-สกุล .....

สำเร็จการศึกษาจาก .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก .....

.....

เบอร์โทร..... Line.....

E-mail .....

ผู้ที่สามารถติดต่อได้ อื่นๆ (กรณีติดต่อไม่ได้)

.....

เบอร์โทร..... Line.....

E-mail .....

สอบผ่าน ( ) ชั้นตอนที่ 1 เมื่อวันที่ .....

( ) ชั้นตอนที่ 2 เมื่อวันที่ .....

( ) MEQ ( ) ผ่าน ( ) ไม่ผ่าน

( ) Long Case ภาควิชา ( ) ผ่าน ( ) ไม่ผ่าน

( ) อายุรศาสตร์

( ) สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

( ) ศัลยศาสตร์

( ) กุมารเวชศาสตร์

สถาบัน .....

เอกสารที่นำมาประกอบการสมัครเป็นจริงทุกประการ

.....  
(.....)

ผู้สมัคร

.....  
(.....)

ผู้รับสมัคร