



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

รูปถ่ายขนาด

1 นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (แผน ก)

สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนง..... ประจำปีการศึกษา.....

หน่วยงานต้นสังกัด

☐ มีต้นสังกัดที่.....

☐ ไม่มีต้นสังกัด

1. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

เลขที่บัตรประชาชน

2. ที่อยู่/สถานที่ติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....

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

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

3. คุณวุฒิทางการศึกษา

ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตรบัณฑิต.....

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

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ออกให้เมื่อวันที่.....

4. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

ฝ่าย/กลุ่มงาน.....

โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....อัตราเงินเดือน.....บาท

รวมเวลาปฏิบัติงานหลังจบการศึกษาศาสตรบัณฑิต.....ปี

5. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ การระการชดใช้ทุน

(ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ/ การระการชดใช้ทุน)

โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....

ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. ถึง เดือน..... พ.ศ.

ภาระการชดใช้ทุน (ให้แนบรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)

☐ มี ปฏิบัติมาแล้ว..... ปี ☐ ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี ☐ ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา.....ปี

รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)

1. ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์.....

2. ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์.....

6. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

ท่านเคยถูกตัดสิทธิในการสมัครเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจากแพทยสภาหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

เหตุผล..... ปี พ.ศ. ที่สมัคร.....

ท่านเคยเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

สาขา..... ปี พ.ศ. ที่จบหรือจะจบ.....

7. เอกสารแนบ

- ☐ 1. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว โดยถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี (นับถึงวันปิดรับสมัคร) จำนวน 2 รูป
- ☐ 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- ☐ 3. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล/ ใบทะเบียนสมรส (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล) จำนวน 1 ฉบับ
- ☐ 4. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จำนวน 1 ฉบับ
- ☐ 5. สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 1 ฉบับ
- ☐ 6. สำเนาประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ จำนวน 1 ฉบับ
- ☐ 7. หนังสือรับรองจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรม จำนวน 1 ฉบับ (กรณีมีต้นสังกัด)
- ☐ 8. หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การฝึกอบรม ผลงานวิชาการและกิจกรรมพิเศษ (Curriculum vitae)
- ☐ 9. หนังสือรับรอง/แนะนำจากผู้บังคับบัญชาในที่ทำงานปัจจุบัน จำนวน 1 ฉบับ และจากเพื่อนร่วมงาน 1 ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้ในการสมัครเป็นจริงทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จหรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัครแม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจถูกดำเนินการตามกฎหมาย

ลายเซ็นผู้สมัคร

(.....)

วันที่

ส่งใบสมัครและหลักฐานการสมัครได้ทางไปรษณีย์หรือด้วยตนเองได้ที่ สถาบันเวชศาสตร์วิถีชีวิต กรมอนามัย
อาคาร 7 ชั้น 6 เลขที่ 88/22 หมู่ 4 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 และทางไปรษณีย์
อิเล็กทรอนิกส์ lminstitute.anamai@gmail.com โทร. 0 2590 4564 และ 0 2590 4279