

คำแนะนำในการแสดงความจำนงเข้าปฏิบัติงานขอใช้ทุนของ
นักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ รอบที่ ๒

๑. ศึกษารายละเอียดของหน่วยงานที่สนใจสมัคร เพื่อสิทธิประโยชน์ของนักศึกษา เกี่ยวกับ

- ตำแหน่ง
- ลักษณะงาน/หน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ
- ความก้าวหน้าในอาชีพ/สายงาน
- สิทธิประโยชน์ที่ควรจะได้รับ เช่น สวัสดิการ ฯลฯ
- สถานที่ตั้ง
- การเดินทาง/ที่พัก
- อื่นๆ

๒. การกรอกใบแสดงความจำนง ควรปฏิบัติ ดังนี้

- กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน โดยเฉพาะที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ / โทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อได้
- เขียนด้วยลายมือที่ชัดเจน (ตัวสะกด/การันต์, ตัวบรรจง)
- กรอกใบแสดงความจำนงเพียง 1 ชุดเท่านั้น
- รอบที่ ๒ นักศึกษาเลือกหน่วยงานได้ ๓ แห่ง โดยเขียนเลข ๑,๒,๓ ตามลำดับความต้องการ (๑ = อันดับที่ ๑, ๒ = อันดับที่ ๒, ๓ = อันดับที่ ๓) ในช่อง หน้าชื่อหน่วยงานที่ต้องการ
- สถานศึกษาจะส่งใบแสดงความจำนงของนักศึกษาไปยังหน่วยงานที่นักศึกษาสมัครในอันดับที่ ๑ เพื่อให้หน่วยงานคัดเลือก หากนักศึกษาไม่ผ่านการคัดเลือกของหน่วยงานที่สมัครในอันดับที่ ๑ จะได้รับการพิจารณาจากหน่วยงานในอันดับที่ ๒ และ ๓ ตามลำดับต่อไป หากหน่วยงานที่สมัครในอันดับที่ ๒ และ ๓ มีผู้ได้รับคัดเลือกครบแล้ว นักศึกษาจะได้รับการจัดสรรไปปฏิบัติงานที่กระทรวงสาธารณสุข
- นักศึกษาที่แสดงความจำนงเลือกกระทรวงสาธารณสุข จะได้รับการจัดสรรไปกระทรวงสาธารณสุข

๓. ส่งใบแสดงความจำนงคืนสถานศึกษา ภายในเวลาที่กำหนด

เมื่อนักศึกษากรอกข้อมูลใบแสดงความจำนงเรียบร้อยแล้ว ให้ส่งคืนสถานศึกษาภายในเวลาที่กำหนด และมีสถานศึกษาส่งใบแสดงความจำนงของนักศึกษาไปยังหน่วยงานที่สมัครแล้ว ห้ามนักศึกษาขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบแสดงความจำนง อีก

๔. ติดตามการนัดหมายไปรับการคัดเลือกจากหน่วยงานที่สมัคร



ด้วยความขอบคุณ



**ใบแสดงความจำนงเข้าปฏิบัติงานขอใช้ทุนของนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญา
ซึ่งสำเร็จการศึกษาประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐ รอบที่ ๒**

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
 รหัสนักศึกษา..... รหัสบัตรประชาชน.....
 อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
 เป็นผู้จะสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย.....
 นอกจากทำสัญญาเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาแพทยศาสตร์แล้ว ข้าพเจ้ายังได้รับทุนอุดหนุนการศึกษาจาก
 (ระบุชื่อทุน).....
 โดยมีชื่อผูกพัน.....
 เป็นแพทย์โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

๒. สถานที่เกิด อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 ที่อยู่/สถานที่ติดต่อได้เมื่อมีเรื่องด่วน บ้านเลขที่..... ซอย/ถนน.....
 หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

๓. บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....
 ยังมีชีวิตอยู่/ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
 อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ถนน..... หมู่ที่.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 อาชีพของบิดา รับราชการ ธุรกิจเอกชน รัฐวิสาหกิจ อาชีพส่วนตัว/อิสระ
 เกษตรกร พ่อบ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ.....
 ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

๔. มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....
 ยังมีชีวิตอยู่/ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
 อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ถนน..... หมู่ที่.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 อาชีพของมารดา รับราชการ ธุรกิจเอกชน รัฐวิสาหกิจ อาชีพส่วนตัว/อิสระ
 เกษตรกร แม่บ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ.....
 ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

๕. วุฒิการศึกษา (เดิม) ชื่อสถานศึกษา	อำเภอ/เขต	เริ่มศึกษา	สำเร็จการศึกษา
ของนักศึกษา	และจังหวัด	พ.ศ.	พ.ศ.
ประถมศึกษาปีที่ ๖
มัธยมศึกษาปีที่ ๓
มัธยมศึกษาปีที่ ๖

๖. การสอบเพื่อประเมินความรู้ ความสามารถ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ขั้นตอนที่ ๑	<input type="checkbox"/> ผ่าน	<input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน
ขั้นตอนที่ ๒	<input type="checkbox"/> ผ่าน	<input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน
ขั้นตอนที่ ๓	<input type="checkbox"/> ผ่าน	<input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน

๗. ข้าพเจ้า.....ขอสมัครเข้าปฏิบัติงานขอใช้ทุนในหน่วยงานดังนี้

(เลือกหน่วยงานได้ ๓ ลำดับ โปรดใส่หมายเลข ๑, ๒, ๓ ในช่อง)

๑. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขา.....
๒. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล สาขา.....
๓. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช สาขา.....
๔. คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สาขา.....
๕. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สาขา.....
๖. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขา.....
๗. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- โรงพยาบาลชลประทาน สาขา.....
- ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพราชสุตา สาขา.....
๘. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สาขา.....
๙. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สาขา.....
๑๐. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สาขา.....
๑๑. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สาขา.....
๑๒. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ สาขา.....
๑๓. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา สาขา.....
๑๔. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ สาขา.....
๑๕. วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ม.อุบลราชธานี สาขา.....
๑๖. สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สาขา.....
๑๗. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา สาขา.....
๑๘. สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สาขา.....
๑๙. สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง สาขา.....
๒๐. วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
๒๑. สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม สาขา.....
๒๒. สภากาชาดไทย
- โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
- สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์
- ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ
- ศูนย์วิจัยโรคเอดส์
- สถานเสาวภา (ฝ่ายบริการและวิจัยคลินิก)
๒๓. โรงพยาบาลตำรวจ
๒๔. กระทรวงสาธารณสุข (ภูมิภาค)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
...../...../.....



โปรดส่งใบแสดงความจำนงนี้ คืน คณะแพทยศาสตร์

ภายในวันที่ 26 ส.ค. 2561
(สถานศึกษากำหนด)