

คำแนะนำในการแสดงความจำนงเข้าปฏิบัติงานชดใช้ทุนของ
นักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ รอบ 1 ปีการศึกษา 2562

1. ศึกษารายละเอียดของหน่วยงานที่สนใจสมัคร เพื่อสิทธิประโยชน์ของนักศึกษา เกี่ยวกับ

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

2. การกรอกใบแสดงความจำนง ควรปฏิบัติ ดังนี้

- กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน โดยเฉพาะที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ / โทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อได้
- เขียนด้วยลายมือที่ชัดเจน (ตัวสะกด/การันต์, ตัวบรรจง)
- กรอกใบแสดงความจำนงเพียง 1 ชุดเท่านั้น
- รอบ 1 นักศึกษาเลือกหน่วยงานได้ 1 แห่ง โดยทำเครื่องหมาย × ในช่อง ที่กำหนดให้เพียงแห่งเดียว ถ้าทำหลายแห่งจะถือเป็นโมฆะ และให้แสดงความจำนงใหม่รอบ 2

นักศึกษาที่แสดงความจำนงเลือกกระทรวงสาธารณสุข จะได้รับการจัดสรรไป
กระทรวงสาธารณสุข ทันที

3. ส่งใบแสดงความจำนงคืนสถานศึกษา ภายในเวลาที่กำหนด

เมื่อนักศึกษากรอกข้อมูลใบแสดงความจำนงเรียบร้อยแล้ว ให้ส่งคืนสถานศึกษาภายในเวลาที่กำหนด และเมื่อสถานศึกษาส่งใบแสดงความจำนงของนักศึกษาไปยังหน่วยงานที่สมัครแล้ว ห้ามนักศึกษาขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบแสดงความจำนง อีก

4. ติดตามการนัดหมายไปรับการคัดเลือกจากหน่วยงานที่สมัคร

😊 ด้วยความขอบคุณ 😊

ใบแสดงความจำนงเข้าปฏิบัติงานขอใช้ทุนของนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญา
ซึ่งสำเร็จการศึกษาประจำปีการศึกษา ๒๕๖๒ (รอบที่ ๑)

๑. ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
รหัสนักศึกษา.....เลขบัตรประชาชน.....
อายุ.....ปี.....เดือน เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
เป็นผู้จะสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เดือน.....พ.ศ.....
จากมหาวิทยาลัย.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
หากยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คาดว่าจะได้รับเดือน.....
นอกจากทำสัญญาเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาแพทยศาสตร์แล้ว ข้าพเจ้ายังได้รับทุนอุดหนุนการศึกษาจาก
(ระบุชื่อทุน).....
โดยมีข้อผูกพัน.....
 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...

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

๕. วุฒิการศึกษา (เดิม) ชื่อสถานศึกษาอำเภอ/เขต.....เริ่มศึกษา.....

สำเร็จการศึกษาของนักศึกษาและจังหวัด

พ.ศ.

พ.ศ.

ประถมศึกษาปีที่ ๖

มัธยมศึกษาปีที่ ๓

มัธยมศึกษาปีที่ ๖

๖. การสอบเพื่อประเมินความรู้ ความสามารถ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ขั้นตอนที่ ๑ ผ่าน ไม่ผ่าน

ขั้นตอนที่ ๒ ผ่าน ไม่ผ่าน

ขั้นตอนที่ ๓ ผ่าน ไม่ผ่าน

๗. ข้าพเจ้า.....ขอสมัครเข้าปฏิบัติงานขอใช้ทุนในหน่วยงานดังนี้

โปรดทำเครื่องหมาย x ในช่อง เพียงแห่งเดียว (รอบ ๑ เลือกหน่วยงานได้ ๑ แห่งเท่านั้น)

๑. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขา.....

๒. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล สาขา.....

๓. ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล

๔. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สาขา.....

๕. คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช สาขา.....

๖. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขา.....

๗. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สาขา.....

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน จ.นนทบุรี สาขา.....

๘. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สาขา.....

๙. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สาขา.....

๑๐. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สาขา.....

๑๑. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

๑๒. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร สาขา.....

๑๓. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

๑๔. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขา.....

๑๕. วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี สาขา.....

๑๖. สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

๑๗. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา สาขา.....

๑๘. สำนักวิชา...

๑๘. สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สาขา.....
๑๙. สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง สาขา.....
๒๐. วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ สาขา.....
๒๑. คณะแพทยศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง สาขา.....
๒๒. กระทรวงกลาโหม
- กองบัญชาการกองทัพไทย
- กองทัพบก สาขา.....
- กองทัพเรือ
- กองทัพอากาศ
๒๓. สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ สาขา.....
๒๔. โรงพยาบาลตำรวจ (จ.ยะลา)
๒๕. สภากาชาดไทย
- โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จ.ชลบุรี
- สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์
- ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ
๒๖. กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม
๒๗. กระทรวงสาธารณสุข (ส่วนภูมิภาค)

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



โปรดส่งใบแสดงความจำนงนี้ คืน คณะแพทยศาสตร์

ภายในวันที่27 กันยายน 2562.....

(สถานศึกษากำหนด)