

แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการศึกษาเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคไต  
สาขาวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

1. ข้อมูลส่วนตัวของผู้สมัคร

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร .....วันเดือนปีเกิด .....

เชื้อชาติ ..... สัญชาติ .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ที่อยู่ปัจจุบันหรือที่อยู่ถาวรของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอยถนน .....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail .....

ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

ชื่อ-สกุล .....เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

รูปถ่าย

2. คุณวุฒิทางการศึกษา

2.1 แพทยศาสตรบัณฑิต-ระบุชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาและสถาบันสมทบ (ถ้ามี)

ปีพ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....เกรดเฉลี่ย.....

2.2 การฝึกอบรมสาขาวิชาอายุรศาสตร์

แพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์  แพทย์ใช้ทุน/ แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรฯ

สถาบัน ..... ปีพ.ศ. ที่จบหรือจะจบ.....

3. ปีการศึกษาที่ต้องการสมัคร.....

4. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง

ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการศึกษาเลือกเป็นแพทย์เฉพาะทางหรือไม่  ไม่เคย  เคย

(โปรดระบุเหตุผลและปีพ.ศ. ที่สมัคร).....

5. สิทธิในการสมัคร(โปรดระบุข้อต้นสังกัดที่ได้รับการอนุมัติหรือรอการอนุมัติ)

มีต้นสังกัด.....

อยู่ระหว่างการรออนุมัติ .....เพื่อเป็นต้นสังกัด

ไม่มีต้นสังกัด (อิสระ)

6. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ภาวะการชดใช้ทุน

6.1โครงการเพิ่มพูนทักษะปฏิบัติงานที่.....

6.2สถานที่ทำงานปัจจุบัน .....โทรศัพท์.....

6.3 ภาวะการชดใช้ทุนที่ยังเหลืออยู่

ไม่มี  มีภาวะการชดใช้ทุน.....ปีและปฏิบัติงานมาแล้ว.....ปี

อื่นๆ (ระบุ) .....

7. รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร (ควรเป็นอาจารย์ในสถาบันที่เรียนและผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิดรวม 3 คนตรงกับหลักฐานที่ส่งพร้อมใบสมัคร)

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่	โทรศัพท์
1.			
2.			
3.			

8. เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่นในการสมัคร (กรุณา✓ตามเอกสารที่ยื่นมาพร้อมแบบแสดงความจำนง)

เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่นในการสมัคร

- 1. แบบแสดงความจำนง (ใบสมัคร) พร้อมรูปถ่ายขนาด 2 นิ้วถ่ายไม่เกิน 6 เดือนจำนวน 2 รูป
- 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 3. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (Transcript)
- 4. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- 5. สำเนาวุฒิบัตร/อนุมัติบัตรอายุรศาสตร์
- 6. หนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์หรือกำลังปฏิบัติงานในฐานะแพทย์ใช้ทุน/แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรปีสุดท้าย (ในกรณีที่ยังอยู่ในระหว่างการศึกษา/ฝึกอบรม)
- 7. หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากอาจารย์และผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด 3 ฉบับ
- 8. ประวัติส่วนตัวรวมถึงประวัติการเจ็บป่วยประวัติการศึกษาประวัติการทำงานและรางวัลที่เคยได้รับ
- 9. หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก (หากต้นสังกัดประกาศผลพิจารณาทุนแล้ว)
- 10. หลักฐานเพิ่มเติมอื่นๆตามที่สาขาวิชาต้องการ (โปรดติดต่อสาขาวิชาที่ท่านต้องการเข้ารับคัดเลือกโดยตรง)

ลายเซ็นผู้สมัคร .....  
วันที่ ..... / ..... / .....

หมายเหตุ: ใบสมัครนี้ใช้เป็นการภายในสำหรับสาขาวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเท่านั้น ผู้สมัครที่ต้องการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อของของแพทยสภา ต้องปฏิบัติตามระเบียบการสมัครของแพทยสภาที่กำหนดไว้ในแต่ละปีการศึกษาด้วย สำหรับ ผู้สมัครเข้าฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อของคณะฯ เมื่อได้รับการคัดเลือก ให้ภาควิชา/หลักสูตร ส่งใบสมัครนี้มาที่หัวหน้าสาขาวิชาโรคไต ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (วิทยาเขตองครักษ์) 62 หมู่ 7 ถนน รังสิต-นครนายก ต. องครักษ์ อ.องครักษ์ จ.นครนายก 26120 วงเล็บ สมัครแพทย์ประจำบ้านต่อของสาขาวิชาโรคไต และระบุปีการศึกษาที่ต้องการสมัคร