



รูปถ่ายขนาด  
2 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ใช้ทุนปฏิบัติงานเพื่อสอบวุฒิบัตรฯ ศัลยศาสตร์  
โครงการร่วมระหว่าง ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และ  
โรงพยาบาลสมุทรปราการ

- ชื่อ  นาย  นาง  นางสาว ..... นามสกุล.....  
อายุ .....ปี ศาสนา.....  
ชื่อบิดา  นาย  นาง  นางสาว ..... นามสกุล.....  
อายุ .....ปี อาชีพ.....  
ชื่อมารดา  นาย  นาง  นางสาว ..... นามสกุล.....  
อายุ .....ปี อาชีพ.....
- มีพี่น้อง .....คน เป็นบุตรคนที่.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน(ตามทะเบียนบ้าน).....  
.....  
สถานที่ติดต่อสะดวก.....  
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ..... E-mail .....
- ชื่อ ที่อยู่ บุคคลอ้างอิงที่ติดต่อได้สะดวก  
ชื่อ  นาย  นาง  นางสาว ..... นามสกุล .....  
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
- ประวัติการศึกษา โรงเรียน/สถาบัน  
ระดับประถมศึกษา .....  
ระดับมัธยมศึกษา .....  
ระดับมัธยมปลาย .....  
ระดับอุดมศึกษา .....  
สถาบันการศึกษาระดับแพทยศาสตรบัณฑิต .....  
ปีการศึกษาที่จบการศึกษาระดับแพทยศาสตรบัณฑิต .....  
คะแนนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร.....
- คะแนนภาควิชาศัลยศาสตร์  
ปี 4: ชื่อรายวิชา .....SG401/SG411..... เกรด .....
- ปี 5: ชื่อรายวิชา ..... SG501/SG511..... เกรด .....
- ปี 6 (ถ้ามี): ชื่อรายวิชา ..... SG611..... เกรด .....

## 7. ความสามารถพิเศษ

.....

.....

## 8. ต้นสังกัด (กรณีสมัครแพทย์ประจำบ้าน)

- มีต้นสังกัด ระบุ .....
- ไม่มีต้นสังกัด

## 9. กิจกรรมระหว่างการศึกษาในคณะแพทยศาสตร์

.....

.....

.....

.....

10. ประสบการณ์การทำงาน(กรณีแพทย์ประจำบ้านโปรดระบุว่ามีทุนด้วยหรือไม่) และความสามารถพิเศษ/  
จุดเด่นของตนเอง

.....

.....

.....

.....

## 11. ชื่ออาจารย์ที่แนะนำ ( 3 ท่าน)

1. ชื่อ ..... นามสกุล .....
- ที่อยู่ /สถานที่ทำงาน.....
- เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ..... E-mail .....
2. ชื่อ ..... นามสกุล .....
- ที่อยู่ /สถานที่ทำงาน.....
- เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ..... E-mail .....
3. ชื่อ ..... นามสกุล .....
- ที่อยู่ /สถานที่ทำงาน.....
- เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ..... E-mail .....

12.เหตุผลในการเลือกศึกษาต่อภาควิชาศัลยศาสตร์

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอยืนยันว่าเป็นผู้ที่มิคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ขาดคุณสมบัติของการเป็นแพทย์ใช้ทุน/แพทย์ประจำบ้าน และขอรับรองข้อความข้างต้นเป็นความจริงทั้งสิ้น

ลงชื่อผู้สมัคร.....  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**เอกสารประกอบการสมัคร**

1. แบบฟอร์มใบสมัคร	1	ชุด
2. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว	2	รูป (ติดในใบสมัคร 1 รูป)
3. ใบรับรองการศึกษา (TRANSCRIPT)	1	ชุด
4. สำเนาใบแจ้งผลการสอบเพื่อประเมินและรับรองความรู้ความสามารถ		ขั้นตอนที่ 1 และ 2
อย่างละ	1	ชุด
5. หนังสือรับรอง (Recommendation) จากอาจารย์แพทย์	3	ท่าน
6. สำเนาบัตรประจำตัวนิสิตนักศึกษา	1	ชุด
7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	1	ชุด
8. สำเนาทะเบียนบ้าน	1	ชุด
9. CV	1	ชุด

**สถานที่รับสมัคร**

ผู้ที่สนใจสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มใบสมัคร ได้ที่ <http://www.med.swu.ac.th/surgery/>  
หรือติดต่อสอบถามขอรับใบสมัครได้ที่ ภาควิชาศัลยศาสตร์ ชั้น 7 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ 62 หมู่ 7 ถนนรังสิต-นครนายก อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก 26120  
โทรศัพท์ 037-395451-5 ต่อ 60712-3 หรือ โทร. 089-9008820 (ในเวลาทำการ)