**กลุ่มงานศัลยศาสตร์ สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง โรงพยาบาลเลิดสิน**

**เปิดรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง ประจำปีการศึกษา 2560 จำนวน 2 ตำแหน่ง**

**รับสมัครตั้งแต่บัดนี้หมดเขตส่งใบสมัคร วันที่ 11 กันยายน 2559**

**หลักฐานประกอบการสมัคร**

1.สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ

2.สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล/ใบทะเบียนสมรส (กรณีเปลี่ยนชื่อ – สกุล) 1 ฉบับ

3.สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ

4.ใบประกาศนียบัตร ตามเกณฑ์ของแพทยสภา 1 ฉบับ

5.ผลการเรียน 1 ฉบับ

6.รูปถ่าย (ไม่เกิน 6 เดือน) ขนาด 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว 1 รูป

7.หนังสือรับรองจากต้นสังกัด 3 ฉบับ

**สามารถ Scan ส่งเอกสารมาทาง E-mail ภายในวันที่ 11 กันยายน 2559 เวลา 24.00น**

**หลักฐานฉบับจริงส่งภายในวันที่ 12 กันยายน 2559**

**\*\*\*สอบจิตวิทยา วันที่ 12 กันยายน 2559 เวลา 10.00น.**

**ณ กลุ่มงานศัลยศาสตร์ ชั้น6 อาคาร33ปี โรงพยาบาลเลิดสิน**

**\*\*\*สอบสัมภาษณ์วันที่ 22 กันยายน 2559 ณ กลุ่มงานศัลยศาสตร์ ชั้น6 อาคาร33ปี โรงพยาบาลเลิดสิน**

**1.สอบ Pre - test เวลา 9.00 – 12.00น**

**2.สอบสัมภาษณ์ เวลา 13.00 – 16.00น**

|  |
| --- |
| ติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ 02-3539712 (คุณส้ม)  ส่งใบสมัครได้ที่  กลุ่มงานศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลเลิดสิน  190 ถนนศรีเวียง แขวงสีลม เขตบางรัก  กรุงเทพฯ 10500  E-mail : sleadsin@gmail.com |

**แบบฟอร์มใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน / และฝึกปฏิบัติงาน**

**ณ สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่งโรงพยาบาลเลิดสิน**

ให้กรอกข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง และจัดเตรียมเอกสารประกอบตามที่ระบุไว้ด้วยเครื่องหมาย

🗹 เอกสารที่แนบหากเป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

1. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร

รูปถ่าย

ชื่อเล่น

วัน/เดือน/ปี เกิด

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

หลักฐานที่ผู้สมัครต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้

* (1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
* (2) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล / ใบทะเบียนสมรส (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล)
* (3) ใบประกาศนียบัตร ตามเกณฑ์ของแพทยสภา
* (4) ผลการเรียน
* (5) สำเนาทะเบียนบ้าน
* (6) รูปถ่าย (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) ขนาด 1นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป
* (7) หนังสือรับรองจากต้นสังกัด 3 ฉบับ

2. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้สะดวก รวดเร็ว

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ E-mail

3. สิทธิ์ในการสมัคร

🞎 ไม่มีต้นสังกัด

🞎 มีต้นสังกัด (ชื่อต้นสังกัด )

4. หลักสูตรที่สมัคร

🞎 หลักสูตร 3 ปี ต่อเนื่อง (จบศัลยศาสตร์ 4 ปี มาก่อน)

🞎 หลักสูตร 5 ปี ต่อเนื่อง

5. คุณวุฒิทางการศึกษา

ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์

ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา เกรดเฉลี่ย

6. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

สถานที่ ปี / พ.ศ.

7. ประสบการณ์การทำงาน

สถานที่ ปี / พ.ศ.

8. การศึกษาต่อเนื่อง วุฒิบัตร สาขา ระยะเวลา ปี

อนุมัติบัตรสาขา ระยะเวลา ปี

จากสถาบัน/มหาวิทยาลัย

9. ความรู้ความสามารถพิเศษ

10. ผู้ให้การรับรองสถานภาพการทำงานของท่าน

ที่อยู่ โทรศัพท์

11. สถานภาพ

🞎 โสด 🞎 สมรส 🞎 หม้าย / หย่าร้าง

ชื่อสามี / ภรรยา

อาชีพ สถานที่ทำงาน เบอร์โทรศัพท์

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกรประการ

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร

( )

ยื่นใบสมัคร ณ วันที่