

แบบฟอร์ม ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน / และฝึกปฏิบัติงาน

ณ สาขาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลเลิดสิน

ให้กรอกข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง และจัดเตรียมเอกสารประกอบตามที่ระบุไว้ด้วยเครื่องหมาย

เอกสารที่แนบหากเป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

1. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร _____

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 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป

(7) หนังสือรับรองจากต้นสังกัด 3 ฉบับ

รูปถ่าย

2. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้สะดวก รวดเร็ว

บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____

ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____

E-mail _____

3. สิทธิในการสมัคร

ไม่มีต้นสังกัด

มีต้นสังกัด (ชื่อต้นสังกัด _____)

4. คุณวุฒิทางการศึกษา

ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี _____

ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา _____ เกรดเฉลี่ย _____

5. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

สถานที่ _____

ปี / พ.ศ. _____

6. ประสบการณ์การทำงาน

สถานที่

ปี / พ.ศ.

7. การศึกษาต่อเนื่อง วุฒิบัตร สาขา _____ ระยะเวลา _____ ปี
อนุมัติบัตรสาขา _____ ระยะเวลา _____ ปี

จากสถาบัน/มหาวิทยาลัย _____

8. ความรู้ความสามารถพิเศษ

9. ผู้ให้การรับรองสถานภาพการทำงานของท่าน _____
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____

10. สถานภาพ

โสด สมรส หม้าย / หย่าร้าง

ชื่อสามี/ ภรรยา _____

อาชีพ _____ สถานที่ทำงาน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) _____ ผู้สมัคร

(_____)

ยื่นใบสมัคร ณ วันที่ _____