



รูปถ่าย	ติดรูปถ่าย
2	ขนาด 2 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2563
ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย

ให้กรอกข้อมูลโดยการพิมพ์ หรือเขียนด้วยตัวบรรจงและทำเครื่องหมาย ✓ หรือระบุตัวเลขในช่อง ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง เอกสารที่เป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

ก. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร นาย นาง นางสาว

วัน เดือน ปี เกิด..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

เลขที่ประจำตัวประชาชน

ข. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail.....

(กรุณาเขียนภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่)

ค. สาขาและสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการเลือกสมัคร

สาขาประเภทที่๑ หมายถึง สาขาขาดแคลน เป็นสาขาที่แพทยสภาต้องการส่งเสริมให้มีผู้เข้ารับการศึกษาฝึกอบรม ผู้สมัครสามารถเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมได้โดย ไม่จำเป็นต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ๑ ปี และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนก่อน ได้แก่สาขาต่อไปนี้

- สาขาพยาธิวิทยากายวิภาค
- สาขาพยาธิวิทยาคลินิก
- สาขาเวชศาสตร์บริการโลหิต

สาขาที่ผู้สมัครจะ ต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ ๑ ปี และได้ปฏิบัติงาน/ ปฏิบัติงานชุดใช้
ทุนตามจำนวนปีที่แพทยสภากำหนด ได้แก่สาขาต่อไปนี้

สาขานิติเวชศาสตร์

สาขาประเภทที่ ๓ หมายถึง สาขาที่ผู้สมัครจะ ต้องผ่านการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านในปีสุดท้ายหรือได้รับ
หนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ ในสาขาที่กำหนดเป็นสาขาหลักก่อนแล้ว ได้แก่อนุสาขาต่อไปนี้

อนุสาขาพยาธิสรีรวิทยารังสีวิทยา

อนุสาขาทจพยาธิวิทยา

อนุสาขาโลหิตพยาธิวิทยา

ชื่อสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการสมัครเข้าเลือกสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน (สมัครได้ไม่เกิน 2 สถาบัน)

ลำดับ 1.....

ลำดับ 2.....

ง. คุณวุฒิทางการศึกษา ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี.....

..... ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา..... เกรดเฉลี่ย.....

จ. ประสบการณ์การสมัคร/ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

• ท่านเคยถูกตัดสิทธิในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ไม่เคย เคย
(โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่เคยถูกตัดสิทธิในการสมัคร).....

• ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ไม่เคย เคย
(ถ้าเคย โปรดระบุสาขาและปี พ.ศ. ที่จบ หรือจะจบ.....)

ฉ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชุดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ/ ภาระการชุดใช้ทุน จนถึงปัจจุบัน

• โครงการเพิ่มพูนทักษะปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาล.....
ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... ถึงเดือน..... พ.ศ.....

• ภาระการชุดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)
 มี ปฏิบัติมาแล้ว..... ปี ไม่มี ปฏิบัติชุดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี ไม่มี ชุดใช้เงินแล้ว

• ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา..... ปี นับจนถึง
ปัจจุบัน

• สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....

- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)

- ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
- ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ข. สิทธิในการสมัคร

- ไม่มีต้นสังกัด
- มีต้นสังกัด
(ระบุชื่อต้นสังกัด) (ตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด)

หลักฐานที่ผู้สมัครทุกสาขาที่ใช้สิทธิต้นสังกัด ต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้

- หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก

ค่าสมัครสอบ ชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวนเงิน 700 บาท ชื่อบัญชี ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลราชวิถี หมายเลขบัญชี 051-275489-4 ประเภทบัญชีออมทรัพย์ ค่าสมัครจะแบ่งเป็นค่าธรรมเนียมของแพทยสภา จำนวน 300 บาท และค่าธรรมเนียมการสมัครของราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์ จำนวน 400 บาท โดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์ฯ จะทำการนำส่งค่าธรรมเนียมในการสมัครให้แก่แพทยสภา แทนผู้สมัคร

ข. เอกสาร ในการสมัคร ผู้สมัครจะต้องจัดเตรียมเอกสารหลักฐานดังนี้

- ก. สำเนาบัตรประชาชน
- ข. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ -สกุล (เฉพาะในกรณีที่เปลี่ยนชื่อ -สกุล)
- ค. สำเนาระเบียงแสดงผลการศึกษาลดอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (หากผู้สมัครกำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีสุดท้ายให้ส่งสำเนาใบแสดงผลการศึกษาจนถึงปัจจุบัน พร้อมหนังสือรับรอง “ว่าจะสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์ ก่อนวันที่ 1 กรกฎาคม 2563”
- ง. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- จ. สำเนาประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะหรือหลักฐานแสดงว่ากำลังอยู่ระหว่างการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะเฉพาะผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 เป็นต้นมา

- จ. หนังสือจากต้นสังกัดลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงานต้นสังกัด อนุมัติให้เข้าฝึกอบรม และรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้ขอขึ้นทะเบียนที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม) ยกเว้นผู้ได้รับการคัดเลือกให้รับต้นสังกัดเพื่อเข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ข. สำเนาหนังสืออนุมัติหรืออนุมัติบัตรฯ หรือหนังสือรับรองการปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำบ้าน หรือการปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตร ในส่วนภูมิภาคชั้นปี สุดท้าย เฉพาะการสมัครในกรณีสมัครเข้ารับการฝึกอบรมในสาขาประเภทที่ 3
- ช. สำเนาแสดงผลคะแนนสอบประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ศรว.) ชั้นตอนที่ 1 , ชั้นตอนที่ 2 และ ชั้นตอนที่ 3
- ฅ. หนังสือรับรอง/แนะนำผู้สมัคร 1 ฉบับ
- ฉ. หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การฝึกอบรม ผลงานทางวิชาการและกิจกรรมพิเศษ (Curriculum vitae) ของผู้สมัคร
- ฎ. หนังสือแถลงเจตจำนงส่วนบุคคล (personal statement of purpose) ของผู้สมัคร (* คือเรียงความ ประวัติส่วนบุคคล และความประสงค์ที่ต้องการเป็นพยาธิแพทย์ รวมทั้งจุดมุ่งหมายในอนาคต เป็นลายมือเขียน)

ให้จัดเตรียมเอกสารเป็นชุด (เรียงเอกสารตาม ข้อ 2.2.2) จัดเอกสารจำนวน 4 ชุด โดยเอกสารตัวจริงให้อยู่ในชุด สำหรับราชวิทยาลัยฯ ส่วนชุดสำหรับสถาบันฝึกอบรมให้ใช้สำเนาพร้อมเซ็นรับรองสำเนาโดยผู้สมัครทุกหน้าให้ใช้สำเนาพร้อมเซ็นรับรองสำเนาโดยผู้สมัครทุกหน้า และสำเนาหลักฐานการโอนเงินค่าธรรมเนียมการสมัคร

โดยแนบเอกสาร 1 ชุด ส่งมายังอีเมล rcthaipathology@gmail.com ภายในวันที่ 10 เมษายน 2563

และส่งเอกสาร ทั้งหมด ทางไปรษณีย์ ไม่เกินวันที่ 20 เมษายน 2563 (ผู้สมัครไม่ต้องเดินทางมาเอง)

ที่อยู่จัดส่งเอกสาร สำนักงานประธานราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย เลขที่ 2/2 สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อาคาร 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

การแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใบสมัคร เมื่อกรอกใบสมัครและยื่นพร้อมหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่แล้ว จะขอแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใบสมัครมิได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบดีว่าอาจถูกดำเนินตามกฎหมาย

ลายเซ็นผู้สมัคร _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____