



ประเภท	ติดรูปถ่าย
1	ขนาด 2 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2560
ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย

ให้กรอกข้อมูลโดยการพิมพ์ หรือเขียนด้วยตัวบรรจงและทำเครื่องหมาย ✓ หรือระบุตัวเลขในช่อง ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง เอกสารที่เป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

ก. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร นาย นาง นางสาว

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

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

ข. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

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

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

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail.....

(กรุณาเขียนภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่)

ค. สาขาและสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการเลือกสมัคร

สาขาประเภทที่ ๑ หมายถึง สาขาขาดแคลน เป็นสาขาที่แพทยสภาต้องการส่งเสริมให้มีผู้เข้ารับการฝึกอบรม ผู้สมัครสามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้โดย ไม่จำเป็นต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ๑ ปี และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนก่อน ได้แก่สาขาต่อไปนี้

สาขาพยาธิวิทยากายวิภาค

สาขาพยาธิวิทยาคลินิก

สาขาพยาธิวิทยาทั่วไป

สาขาที่ผู้สมัครจะ ต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ๑ ปี และได้ปฏิบัติงาน/ ปฏิบัติงานชดใช้ทุนตามจำนวนปีที่แพทยสภากำหนด ได้แก่สาขาต่อไปนี้

สาขานิติเวชศาสตร์

สาขาประเภทที่ ๓ หมายถึง สาขาที่ผู้สมัครจะ ต้องผ่านการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านในปีสุดท้ายหรือได้รับ
หนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ ในสาขาที่กำหนดเป็นสาขาหลักก่อนแล้ว ได้แก่อนุสาขาต่อไปนี้

- อนุสาขาพยาธิสรีรเวทวิทยา
- อนุสาขาตจพยาธิวิทยา
- อนุสาขาโลหิตพยาธิวิทยา

ชื่อสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการสมัครเข้าเลือกสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน (สมัครได้มากกว่า 1 สถาบัน)

- ลำดับ 1.....
- ลำดับ 2.....
- ลำดับ 3.....
- ลำดับ 4.....
- ลำดับ 5.....

ง. คุณวุฒิทางการศึกษา ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาแพทยศาสตร.....
..... ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา..... เกรตเฉลี่ย.....

จ. ประสบการณ์การสมัคร/ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

- ท่านเคยถูกตัดสิทธิในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ไม่เคย เคย
(โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่เคยถูกตัดสิทธิในการสมัคร).....
- ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ไม่เคย เคย
(ถ้าเคย โปรดระบุสาขาและปี พ.ศ. ที่จบ หรือจะจบ.....

ฉ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน

- ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ/ ภาระการชดใช้ทุน จนถึงปัจจุบัน
- โครงการเพิ่มพูนทักษะปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาล.....
ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... ถึงเดือน..... พ.ศ.....
 - ภาระการชดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)
 มี ปฏิบัติมาแล้ว..... ปี ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว
 - ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา.....ปี นับจนถึงปัจจุบัน

- สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)
 - ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
 - ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ข. สิทธิในการสมัคร

- ไม่มีต้นสังกัด
- มีต้นสังกัด
(ระบุชื่อต้นสังกัด) (ตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด)

หลักฐานที่ผู้สมัครทุกสาขาที่ใช้สิทธิ์ต้นสังกัด ต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้

- หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก

ค่าสมัครสอบ

- ชำระด้วยเงินสด ๗๐๐ บาท **หรือ**
- โอนเงินเข้าบัญชี ๗๐๐ บาท ชื่อบัญชี ราชวิทยาลัยพยาธิแห่งประเทศไทย
ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราชหมายเลขบัญชี ๐๑๖-๔๔๓๓-๒๕๐

ข. เอกสาร ในการสมัคร ผู้สมัครจะต้องจัดเตรียมเอกสารหลักฐานดังนี้

- (๑) ใบสมัคร ให้ติดรูปถ่ายขนาด ๒ นิ้วถ่าย **ไม่เกิน ๖ เดือน** จำนวน ๑ รูป
- (๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- (๓) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล / ใบทะเบียนสมรส (ในกรณีที่เปลี่ยนชื่อ - สกุล)
- (๔) สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต สำหรับผู้สมัครที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีสุดท้าย ให้ส่งสำเนาใบแสดงผลการศึกษาจนถึงปัจจุบัน พร้อมหนังสือรับรองว่าจะสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรีก่อนวันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๐
- (๕) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- (๖) สำเนาประกาศนียบัตร หรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ (เฉพาะผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๓๘ เป็นต้นไป ยกเว้นการสมัครสาขาประเภทที่ ๑)
- (๗) หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม) โดยใช้แบบหนังสือรับรองต้นสังกัดตามแบบที่กำหนด

ผู้สมัครจะต้องจัดทำใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานอื่นแยกเป็นชุดๆ จำนวนมากกว่าจำนวนสถาบันฝึกอบรมที่จะเลือกสมัคร ๑ชุด เมื่อราชวิทยาลัยแพทย์แห่งประเทศไทย ได้รับแล้วจะจัดส่งให้กับสถาบันฝึกอบรมที่ผู้สมัครเลือกทุกแห่งๆ ละ๑ชุด และเก็บไว้เป็นหลักฐานที่สำนักงานฯ ๑ชุด เอกสารที่ถ่ายสำเนาให้ผู้สมัครเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับด้วย

การแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใบสมัคร เมื่อกรอกใบสมัครและยื่นพร้อมหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่แล้ว จะขอแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใบสมัครมิได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิ์ในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตามรวมทั้งทราบว่าจะอาจถูกดำเนินตามกฎหมาย

ลายเซ็นผู้สมัคร _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

วันกำหนดหมดเขตส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ วันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2559

ส่งใบสมัครและหลักฐานทั้งหมด ด้วยตนเอง หรือ ทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ EMS ไปที่

สำนักงานประธาน : โรงเรียนกายอุปกรณ์สิรินธร มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ ๑๔ ถนนอรุณอมรินทร์ แขวงอรุณอมรินทร์

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐ โทรศัพท์. ๐-๒๔๑๙-๓๔๓๖ โทรสาร ๐-๒๔๓๓-๒๑๒๙