



| | |
|--------|---------------------------|
| รอบที่ | ติครูบถ่าย ขนาด 2 นิ้ว |
| 1 | |

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2559
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 ผู้สมัครสามารถเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมได้โดยไม่ต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ๑ ปี และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติงานชุดใช้ทุนก่อน ได้แก่สาขาต่อไปนี้

- สาขาพยาธิวิทยากายวิภาค
- สาขาพยาธิวิทยาคลินิก
- สาขาพยาธิวิทยาทั่วไป

สาขาที่ผู้สมัครจะ ต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ๑ ปี และได้ปฏิบัติงาน/ ปฏิบัติงานชุดใช้
ทุนตามจำนวนปีที่แพทยสภากำหนด ได้แก่สาขาต่อไปนี้

สาขานิติเวชศาสตร์

สาขาประเภทที่ ๓ หมายถึง สาขาที่ผู้สมัครจะ ต้องผ่านการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านในปีสุดท้ายหรือได้รับ
หนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ ในสาขาที่กำหนดเป็นสาขาหลักก่อนแล้ว ได้แก่อนุสาขาต่อไปนี้

อนุสาขาพยาธิสรีรวิทยาร่วมสัตววิทยา

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 / ภาระการชุดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ/ ภาระการชุดใช้ทุน จนถึงปัจจุบัน

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

- (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 ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจถูกดำเนินตามกฎหมาย

ลายเซ็นผู้สมัคร _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

วันกำหนดหมดเขตส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2558

ส่งใบสมัครและหลักฐานทั้งหมด ด้วยตนเอง หรือ ทาง ไปรษณีย์ด่วนพิเศษ EMS ไปที่

สำนักงานประธาน : โรงเรียนกายอุปกรณ์สิริธร มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ ๑๔ ถนนอรุณอมรินทร์ แขวงอรุณอมรินทร์

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐ โทรศัพท์.๐-๒๔๑๙-๓๔๓๖ โทรสาร๐-๒๔๓๓-๒๑๒๙