



รอบที่	ติครูปลาย ขนาด 2 นิ้ว
2	

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2564  
ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย

ให้กรอกข้อมูลโดยการเขียนด้วยตัวบรรจงและทำเครื่องหมาย  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

สาขาประเภทที่ 1 หมายถึง สาขาขาดแคลน เป็นสาขาที่แพทยสภาต้องการส่งเสริมให้มีผู้เข้ารับการศึกษาฝึกอบรม ผู้สมัครสามารถเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมได้โดย ไม่จำเป็นต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ 1 ปี และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนก่อน ได้แก่สาขาต่อไปนี้

- สาขาพยาธิวิทยากายวิภาค
- สาขาพยาธิวิทยาคลินิก
- สาขาเวชศาสตร์บริการโลหิต

สาขาที่ผู้สมัครจะ ต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ 1 ปี และได้ปฏิบัติงาน/ ปฏิบัติงานชดใช้ทุนตามจำนวนปีที่แพทยสภากำหนด ได้แก่สาขาต่อไปนี้

- สาขานิติเวชศาสตร์

สาขาประเภทที่ 3 หมายถึง สาขาที่ผู้สมัครจะ ต้องผ่านการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านในปีสุดท้ายหรือได้รับหนังสือ  
อนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ ในสาขาที่กำหนดเป็นสาขาหลักก่อนแล้ว ได้แก่อนุสาขาต่อไปนี้

- อนุสาขาพยาธิสัตวศาสตร์
- อนุสาขาทดสอบพยาธิวิทยา
- อนุสาขาโลหิตพยาธิวิทยา

ชื่อสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการสมัครเข้าเลือกสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน (สมัครได้ไม่เกิน 3 สถาบัน)

ลำดับ 1.....

ลำดับ 2.....

ลำดับ 3.....

ง. คุณวุฒิทางการศึกษา ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี.....

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

จ. ประสบการณ์การสมัคร/ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

- ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่  ไม่เคย  เคย  
(โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่เคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัคร).....
- ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่  ไม่เคย  เคย  
(ถ้าเคย โปรดระบุสาขาและปี พ.ศ. ที่จบ หรือจะจบ.....)

ฉ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ/ ภาระการชดใช้ทุน จนถึงปัจจุบัน

- โครงการเพิ่มพูนทักษะปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาล.....  
ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... ถึงเดือน..... พ.ศ.....
- ภาระการชดใช้ทุน (ให้ระบุรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)  
 มี ปฏิบัติมาแล้ว..... ปี  ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี  ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว
- ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา..... ปี นับจนถึง  
ปัจจุบัน
- สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ที่เคย  
ปฏิบัติงานใกล้ชิด)
  - ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
  - ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ช. สิทธิในการสมัคร

ไม่มีต้นสังกัด

มีต้นสังกัด ..... (ระบุชื่อต้นสังกัด) ..... (ตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด)

หลักฐานที่ผู้สมัครทุกสาขาที่ใช้สิทธิต้นสังกัด ต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้

หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก

**ค่าสมัครสอบ** หลักฐานการโอนเงิน จำนวนเงิน 1,400 บาท ชื่อบัญชี ราชวิทยาลัยพยาธิแห่งประเทศไทย  
ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลราชวิถี หมายเลขบัญชี 051-275489-4 ประเภทบัญชีออมทรัพย์ ค่าสมัคร  
แบ่งเป็นค่าธรรมเนียมของแพทยสภา จำนวน 1,000 บาท และค่าธรรมเนียมการสมัครของราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์ฯ  
จำนวน 400 บาท โดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์ฯ จะทำการนำส่งค่าธรรมเนียมในการสมัครให้แพทยสภา แทนผู้สมัคร

ช. เอกสาร ในการสมัคร ผู้สมัครจะต้องจัดเตรียมเอกสารหลักฐานดังนี้

- ก. สำเนาบัตรประชาชน
- ข. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ -สกุล (เฉพาะในกรณีที่เปลี่ยนชื่อ -สกุล)
- ค. ใบทะเบียนสมรส (เฉพาะในกรณีที่จดทะเบียนสมรสแล้ว)
- ง. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
(กรณียังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (เลข ว.) \*\*ดูหมายเหตุด้านล่าง
- จ. สำเนาปริญญาบัตร หรือหนังสือรับรองการได้รับปริญญาบัตร (เฉพาะกรณีสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์บัณฑิต  
แล้ว)
- ฉ. สำเนาประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะหรือหลักฐานแสดงว่ากำลังอยู่ระหว่าง  
การปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ เฉพาะผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ.2538  
เป็นต้นมา
- ช. สำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต (หากผู้สมัครกำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีสุดท้ายให้  
ส่งสำเนาใบแสดงผลการศึกษาจนถึงปีปัจจุบัน พร้อมหนังสือรับรอง “ว่าจะสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์ ก่อนวันที่  
1 กรกฎาคม 2564”
- ซ. หนังสือจากต้นสังกัดลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงานต้นสังกัด อนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะ  
ทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้ขอขึ้นทะเบียนที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม)
- ฌ. เป็นผู้ได้รับการคัดเลือกให้รับต้นสังกัดเพื่อเข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสำนักงานปลัดกระทรวง  
สาธารณสุข ได้จัดส่งให้แพทยสภาโดยตรงแล้ว
- ญ. สำเนาวุฒิบัตรฯ/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม/หนังสือรับรองว่ากำลังอยู่  
ระหว่างการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน/ปฏิบัติงานเฉพาะสาขาเพื่อวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติฯ ปีสุดท้าย (เฉพาะผู้ขอ  
ขึ้นทะเบียนประเภทที่ 3 (อนุสาขา)
- ฎ. หลักฐานการโอนเงิน จำนวนเงิน 1,400 บาท ชื่อบัญชี ราชวิทยาลัยพยาธิแห่งประเทศไทย  
ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลราชวิถี หมายเลขบัญชี 051-275489-4 ประเภทบัญชีออมทรัพย์ ค่าสมัคร  
แบ่งเป็นค่าธรรมเนียมของแพทยสภา จำนวน 1,000 บาท และค่าธรรมเนียมการสมัครของราชวิทยาลัยพยาธิ  
แพทย์ฯจำนวน 400 บาท โดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์ฯ จะทำการนำส่งค่าธรรมเนียมในการสมัครให้แพทยสภา  
แทนผู้สมัคร

- ฎ. หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การฝึกอบรม ผลงานทางวิชาการและกิจกรรมพิเศษ (Curriculum vitae) ของผู้สมัคร
- จ. หนังสือรับรอง/แนะนำผู้สมัคร 3 ฉบับ
- ช. หนังสือแถลงเจตจำนงส่วนบุคคล (personal statement of purpose) ของผู้สมัคร (\* คือเรียงความประวัติส่วนบุคคล และความประสงค์ที่ต้องการเป็นพยาธิแพทย์ รวมทั้งจุดมุ่งหมายในอนาคต เป็นลายมือเขียน/พิมพ์)
- ฅ. สำเนาแสดงผลคะแนนสอบประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ศรว.) ชั้นตอนที่ 1 , ชั้นตอนที่ 2 และ ชั้นตอนที่ 3
- ฉ. หนังสือรับรองการจัดเตรียมแผนในการให้บริการทางพยาธิวิทยาภาค (ในกรณีที่ได้รับทุนจากหน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่ยังไม่มีการให้บริการทางพยาธิวิทยาภาค \* (ตัวอย่าง หนังสือรับรองและแผนการจัดตั้ง)
- ค. หนังสือรับรองการจัดเตรียมแผนในการให้บริการทางนิติเวชศาสตร์ (ในกรณีที่ได้รับทุนจากหน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่ยังไม่มีการให้บริการทางนิติเวชศาสตร์ \*\* (ตัวอย่าง หนังสือรับรองและแผนการจัดตั้ง)
- ด. หนังสือรับรองการจัดเตรียมแผนการให้บริการทางพยาธิวิทยาคลินิก \*\*\* (ตัวอย่าง หนังสือรับรองฯ)

ให้จัดเตรียมเอกสารเป็นชุด

โดยแนกเอกสาร 1 ชุด ส่งมายังอีเมล [rcthaipathology@gmail.com](mailto:rcthaipathology@gmail.com) ภายในวันที่ 16 เมษายน 2564

และส่งเอกสาร ทั้งหมด ทางไปรษณีย์ ไม่เกินวันที่ 16 เมษายน 2564 (ผู้สมัครไม่ต้องเดินทางมาเอง)

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติ ข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิ์ในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่า อาจถูกดำเนินตามกฎหมาย

ลายเซ็นผู้สมัคร \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_