

ใบสมัครเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์

รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

- ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร** (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
วันเดือนปีเกิดอายุปี เชื้อชาติ สัญชาติ
เลขที่บัตรประชาชน
- ที่อยู่/สถานที่ติดต่อได้สะดวก**
บ้านเลขที่ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์มือถือ E-mail.....
- คุณวุฒิทางการศึกษา**
ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตรบัณฑิต.....
ปี พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา..... เกรดเฉลี่ย
ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ออกให้เมื่อวันที่.....
- สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน**
ฝ่าย/กลุ่มงาน.....
โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....อัตราเงินเดือน.....บาท
รวมเวลาปฏิบัติงานหลังจบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ปี
- ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ ภาระการชดใช้ทุน**
(ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ/ ภาระการชดใช้ทุน)
โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....
ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. ถึง เดือน..... พ.ศ.
ภาระการชดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)
 มี ปฏิบัติมาแล้ว..... ปี ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว
ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา..... ปี

รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)

1. ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....
ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์.....

2. ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....
ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์.....

ต้นสังกัดในการสมัครเข้าฝึกอบรม.....

6. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

ท่านเคยถูกตัดสิทธิในการสมัครเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจากแพทยสภาหรือไม่ ไม่เคย เคย
เหตุผล..... ปี พ.ศ.ที่สมัคร.....

ท่านเคยเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ไม่เคย เคย
สาขา..... ปี พ.ศ. ที่จบหรือจะจบ.....

7. เอกสารแนบ

- 1. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว โดยถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี (นับถึงวันปิดรับสมัคร) จำนวน 2 รูป
- 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- 3. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล/ ใบทะเบียนสมรส (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล) จำนวน 1 ฉบับ
- 4. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จำนวน 1 ฉบับ
- 5. สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 1 ฉบับ
- 6. สำเนาประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ จำนวน 1 ฉบับ
- 7. หนังสือรับรองจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรม จำนวน 1 ฉบับ
- 8. หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การฝึกอบรม ผลงานวิชาการและกิจกรรมพิเศษ (Curriculum vitae)
- 9. หนังสือรับรอง/แนะนำจากผู้บังคับบัญชาในที่ทำงานปัจจุบัน จำนวน 2 ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้ในการสมัครเป็นจริงทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จหรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัครแม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจถูกดำเนินการตามกฎหมาย

ลายเซ็นผู้สมัคร

(.....)

วันที่

ส่งใบสมัครและหลักฐานการสมัครได้ทางไปรษณีย์หรือด้วยตนเองได้ที่ สถาบันปณตัท สถาบันเวชศาสตร์ป้องกัน
แขนงสาธารณสุขศาสตร์ กรมอนามัย อาคาร 7 ชั้น 6 เลขที่ 88/22 หมู่ 4 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0 2590 4564 และ 0 2590 4279 , E-mail: pannatat.institute@gmail.com