



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (แผน ก.)

สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนง..... ประจำปีการศึกษา.....
หน่วยงานต้นสังกัด

มีต้นสังกัดที่..... ไม่มีต้นสังกัด

1. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....

วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

เลขที่บัตรประชาชน

2. ที่อยู่/สถานที่ติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล.....

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

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

3. คุณวุฒิทางการศึกษา

ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตรบัณฑิต.....

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

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... ออกให้เมื่อวันที่.....

4. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

ฝ่าย/กลุ่มงาน.....

โรงพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง..... ระดับ..... อัตราเงินเดือน..... บาท

รวมเวลาปฏิบัติงานหลังจบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต..... ปี

5. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ ภาระการชดใช้ทุน

(ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ/ ภาระการชดใช้ทุน)

โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....

ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. ถึง เดือน..... พ.ศ.

ภาระการชดใช้ทุน (ให้แนบรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)

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.....

6. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

ท่านเคยถูกตัดสิทธิในการสมัครเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจากแพทยสภาหรือไม่ ไม่เคย เคย
เหตุผล.....ปี พ.ศ.ที่สมัคร.....
ท่านเคยเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ไม่เคย เคย
สาขา.....ปี พ.ศ. ที่จบหรือจะจบ.....

7. เอกสารแนบ

- 1. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาคำ 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 (กรณีมีต้นสังกัด)
- 8. หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การฝึกอบรม ผลงานวิชาการและกิจกรรมพิเศษ (Curriculum vitae)
- 9. หนังสือรับรอง/แนะนำจากผู้บังคับบัญชาในที่ทำงานปัจจุบัน จำนวน 2 ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้ในการสมัครเป็นจริงทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจถูกดำเนินการตามกฎหมาย

ลายเซ็นผู้สมัคร

(.....)

วันที่

ส่งใบสมัครและหลักฐานการสมัครได้ทางไปรษณีย์หรือด้วยตนเองได้ที่ สถาบันปณิณทัต กรมอนามัย อาคาร 7 ชั้น 6 เลขที่ 88/22 หมู่ 4 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 และทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ pannatat.institute@gmail.com โทร. 0 2590 4564 และ 0 2590 4279