

สมัครแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

เข้ารับการฝึกอบรม ประจำปีการศึกษา 2564

ส่งใบสมัครด้วยตนเอง หรือส่งจดหมายได้ที่ เจ้าหน้าที่รับสมัคร

จ.ส.อ.ปรีชา หินเพชร กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบ พระชนมพรรษา ชั้น 3

ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม.10400

โทร.02-763-3280 หรือ 098-825-4959

สถาบัน

1. สาขาอายุรศาสตร์ รพ.พระมงกุฎเกล้า
2. สาขาอายุรศาสตร์ รพ.พระมงกุฎเกล้า ร่วมกับ รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก
3. สาขาอายุรศาสตร์ รพ.พระมงกุฎเกล้า ร่วมกับ รพ.ค่ายสุรนารี
4. สาขาอายุรศาสตร์ รพ.พระมงกุฎเกล้า ร่วมกับ รพ.อานันท์มหิตล
5. สาขาอายุรศาสตร์ รพ.พระมงกุฎเกล้า ร่วมกับ รพ.มหาวิทยาลัยศรีธรรมราช

สมัครฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ☐ สาขา.....

กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สังกัด ทบ. , และพลเรือน (นอกกองทัพ)

ประจำปีการศึกษา 2564 (รอบที่.....)

(กรุณารอกข้อความให้ถูกต้องและชัดเจน เพื่อสิทธิและผลประโยชน์กับตัวผู้สมัครเอง)

ติดรูปขนาด 1 นิ้ว

- ชื่อ , สกุล.....
- ชื่อ , สกุล(ภาษาอังกฤษ).....
ระบุชื่อต้นสังกัดถ้ามี ☐ ชื่อสังกัด..... ☐ สังกัดอิสระ
- วัน , เดือน,ปีเกิด/...../.....อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน
บ้านเลขที่ตามสำเนาทะเบียนบ้านสามารถติดต่อได้.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....E-mail.....
- เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ ว.....
- สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ มีบุตรจำนวนคน
- สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก มหาวิทยาลัย.....ปี พ.ศ.....
คะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดปีการศึกษา (GPA)
- เลือกสมัครฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นอันดับที่ (1)
(2) (3)
- ประสบการณ์การทำงานในต่างจังหวัดนานกี่.....ปี สถานที่.....
สถานที่.....สถานที่.....
- สถานที่ทำงาน/ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....เลขที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
- ฝึกปฏิบัติเพิ่มพูนทักษะ 1 ปี ตั้งแต่.....ถึง.....ณ.....
- หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน หมายเลขโทรศัพท์ของผู้สมัคร มือถือ.....
ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อกับผู้สมัครได้ ชื่อ.....มือถือ.....

หลักฐานที่ประกอบการสมัคร

- | | |
|---|-------------|
| () รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว | จำนวน 1 รูป |
| () สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประชาชน | จำนวน 2 ชุด |
| () สำเนาแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (Transcripts) | จำนวน 2 ชุด |
| () สำเนาใบปริญญาบัตร | จำนวน 2 ชุด |
| () สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบ รหัส ว.) | จำนวน 2 ชุด |
| () สำเนาผลคะแนนสอบ NL 1 , 2 และ 3 | จำนวน 2 ชุด |
| () ใบ Recommendation จากสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (ไม่รับจากสถาบันฝึกอบรม) | |

(ลงชื่อ).....

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

- ใบสมัครนี้เป็นใบสมัคร(เฉพาะ) กองอายุรกรรม รพ.ร.6 **ไม่ใช่ใบสมัครของกรมแพทย์และแพทยสภา**
- แพทย์ที่เป็นทหารและพลเรือนต้องกรอกใบ Matching program ส่งไปยังราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ตามที่ราชวิทยาลัยกำหนดระยะเวลาที่ให้ Matching program โดยเลือก Matching program ตามลำดับ 1 , 2 , 3 ด้วยตนเองทุกคน ส่งให้แพทยสภา
- แพทย์ที่เป็นทหารต้องกรอกใบสมัครของกรมแพทย์ทหารบกด้วยตนเองทุกคน ตามระยะเวลาที่กรมแพทย์ทหารบกกำหนดไว้
- แพทย์ทหารบกและแพทย์พลเรือนต้องกรอกใบสมัครของแพทยสภาทุกคน หลังจากประกาศผลสอบรอบแรกและรอบที่สองแล้ว ให้แพทยสภาทุกคน
- หากมีข้อสงสัยในผลการสอบคัดเลือก กรุณาติดต่อคณะกรรมการวิชาการ กองอายุรกรรม รพ.ร.6 เบอร์ 02-763-3280
- ผู้สมัครที่มีความพิการซึ่งต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษตามความเหมาะสม สามารถยื่นสมัครเข้ารับการฝึกอบรมได้โดยคณะกรรมการพิจารณาแล้วไม่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนด้านอายุรศาสตร์