

ใบสมัครฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ปีการศึกษา ๒๕๖๘

ฝึกอบรมสาขาวิชา

ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

รูปถ่าย

๑. ชื่อ - สกุลอายุ.....ปี ศาสนา.....สัญชาติ.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนสังกัด.....(ระบุสังกัด/อิสระ)
๒. สมัครฝึกอบรม ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในสาขา
๓. เลือกฝึกอบรม ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นลำดับที่
ลำดับที่ ๑ (.....)
ลำดับที่ ๒ (.....)
ลำดับที่ ๓ (.....)
๔. สถานที่ทำงาน/ที่อยู่ปัจจุบัน.....เลขที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... Email.....
๕. สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก.....เมื่อ พ.ศ.
คะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดการศึกษา (GPA)..... (กรณี ถ้างบ วพม.รุ่นที่))
๖. ฝึกปฏิบัติเพิ่มพูนทักษะ ๑ ปี ตั้งแต่ถึง.....ณ.....
๗. หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน
หมายเลขโทรศัพท์ของผู้สมัคร โทร(บ้าน)มือถือ.....โทรสาร.....
ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ.....มือถือ.....
โทรสาร.....
๘. หลักฐานที่ประกอบการสมัคร
() รูปถ่ายขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
() สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน ๒ ใบ
() สำเนาผลการศึกษาลงหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (Transcripts) จำนวน ๒ ใบ
() สำเนาวุฒิบัตรที่สำเร็จการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในสาขาต่างๆ (กรณีสมัครฝึกอบรมสาขาต่อยอด)
() ใบประเมินผลการฝึกปฏิบัติแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (พท.๓/๒) จำนวน ๒ ชุด
() ใบรับรองการทำงาน (RECOMMANTATION) จำนวน ๓ ใบ

ขอรับรองว่าถูกต้อง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง

...../...../.....

หมายเหตุ ใบสมัครนี้เป็นใบสมัครภายในของกรมแพทย์ทหารบก ไม่ใช่ใบสมัครของแพทยสภา ดังนั้น
แพทย์ผู้สมัครจะต้องเขียนใบสมัครของแพทยสภาและส่งด้วยตนเอง ตามวัน เวลา ที่แพทยสภากำหนด
โดยตรง ทั้งในรอบที่ ๑ และ รอบที่ ๒

ที่อยู่ติดต่อกลับ

กองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

อาคารพัชรกิติยาภา ชั้น 9

315 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400

(วงเล็บมุมซอง สมัครแพทย์ประจำบ้าน)

โทร **02 7364061 , 02 7634058 , 02 3547630**

โทรสาร **02-3547630**