



ที่ติดรูปถ่าย  
ขนาด 1 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย  
ประจำปีการฝึกอบรม 2559

ให้กรอกข้อมูลที่ต้องตามความเป็นจริง และจัดเตรียมเอกสารประกอบตามที่ระบุไว้ด้วยเครื่องหมาย  เอกสารที่แนบหาก  
เป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

ก. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆระบุ .....

ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_

วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ เชื้อชาติ \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

หลักฐานที่ผู้สมัครต้องส่ง

- (1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- (2) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล / ใบทะเบียนสมรส (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล)
- (3) ระเบียบแสดงผลการศึกษา
- (4) หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล (CV.)
- (5) ประกาศนียบัตรการเพิ่มพูนทักษะ
- (6) หนังสือแสดงเจตจำนง (statement of purpose)
- (7) หนังสือรับรอง/แนะนำผู้สมัคร

ข. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

ตำบล \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

ค. สาขาและสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการเลือกสมัคร (เลือกได้ 3 สถาบัน เรียงตามลำดับที่ต้องการ)

- จิตเวชศาสตร์
- จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น

ชื่อสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการเลือกสมัคร (เรียงตามลำดับที่ต้องการ)

ลำดับที่ 1 \_\_\_\_\_

ลำดับที่ 2 \_\_\_\_\_

ลำดับที่ 3 \_\_\_\_\_

ง. คุณวุฒิทางการศึกษา

ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร \_\_\_\_\_

ปีพ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา \_\_\_\_\_ เกรดเฉลี่ย \_\_\_\_\_

จ. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

\* ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่  ไม่เคย  เคย  
เหตุผล \_\_\_\_\_ ปี พ.ศ. ที่สมัคร \_\_\_\_\_

\* ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่

ไม่เคย  
 เคย

สาขา \_\_\_\_\_ เมื่อ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ถึง \_\_\_\_\_

ฉ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาวะการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / ภาวะการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2559

\*โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาล \_\_\_\_\_

ตั้งแต่เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ถึง เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

\* ภาวะการชดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)

มี ปฏิบัติมาแล้ว \_\_\_\_\_ ปี  ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี  ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

\* ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา \_\_\_\_\_ ปี นับจนถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2559

\* สถานที่ทำงานปัจจุบัน

---

---

---

\* รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)

○ ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

○ ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ข. สิทธิ์ในการสมัคร

ไม่มีต้นสังกัด

มีต้นสังกัด (ชื่อต้นสังกัด \_\_\_\_\_ ตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาด้านสังกัด \_\_\_\_\_)

หลักฐานที่ผู้สมัครทุกสาขาที่ใช้สิทธิ์ต้นสังกัดต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้

(8) หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก

ข. เงินค่าสมัคร

โอนเงิน 400 บาท ธนาคารทหารไทย สาขาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ชื่อบัญชี ราชมงคลวิทยาลัยแพทย์แห่งประเทศไทย  
เลขที่ 038-7-25288-5 (ยกเว้นมาสมัครด้วยตนเอง จ่ายเป็นเงินสดได้)

รวมหลักฐานที่ผู้สมัครส่งพร้อมใบสมัครนี้  ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จ หรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิ์ในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าจะถูกดำเนินการตามกฎหมาย

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่.....