

**ใบแสดงเอกสารการสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อเป็นแพทย์ประจำบ้าน / ใช้ทุน
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**

ชื่อ-นามสกุล

| ผู้สมัครทำ <input checked="" type="checkbox"/> | | เอกสาร | เจ้าหน้าที่ตรวจรับเป็นผู้ทำ <input checked="" type="checkbox"/> | |
|--|---------------------------------|--|---|---------------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> | ใบสมัครภาควิชา (download จาก website) | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 2. | <input type="checkbox"/> | รูปถ่าย 1 นิ้ว 2 ใบ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 3. | <input type="checkbox"/> | ใบรับรองแพทย์ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 4. | <input type="checkbox"/> | ผลสอบภาษาอังกฤษ (อายุไม่เกิน 2 ปี) | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 5. | <input type="checkbox"/> | ใบรายงานผลการศึกษา (Transcript) | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 6. | <input type="checkbox"/> | แฟ้มประวัติและผลงานสะสม (Portfolio) <u>ถ้ามี</u> | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 7. | <input type="checkbox"/> (พชท.) | ผลสอบศรว. <u>หรือ</u> | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| | <input type="checkbox"/> (พจบ.) | ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 8. | <input type="checkbox"/> (พชท.) | หนังสือรับรองจากอาจารย์ภาควิชาวิสัญญีฯ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 9. | <input type="checkbox"/> (พชท.) | หนังสือรับรองจากอาจารย์สาขาวิชาอื่น | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 10. | <input type="checkbox"/> (พจบ.) | หนังสือรับรองจากกระทรวง | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 11. | <input type="checkbox"/> (พจบ.) | หนังสือรับรองจากต้นสังกัด | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 12. | <input type="checkbox"/> (พจบ.) | มีต้นสังกัด | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| การติดต่อครั้งที่ 1 ความสมบูรณ์ของเอกสาร | | | <input type="checkbox"/> ครบ | <input type="checkbox"/> ไม่ครบ |
| วันที่ผู้รับเอกสาร..... | | | | ขาดหมายเลข |
| การติดต่อครั้งที่ 1 ความสมบูรณ์ของเอกสาร | | | <input type="checkbox"/> ครบ | <input type="checkbox"/> ไม่ครบ |
| วันที่ผู้รับเอกสาร..... | | | | ขาดหมายเลข |
| การติดต่อครั้งที่ 1 ความสมบูรณ์ของเอกสาร | | | <input type="checkbox"/> ครบ | <input type="checkbox"/> ไม่ครบ |
| วันที่ผู้รับเอกสาร..... | | | | ขาดหมายเลข |

กรุณานำส่งใบแสดงเอกสารฉบับนี้พร้อมเอกสารและใบสมัครมาที่ภาควิชาวิสัญญีฯ คณะแพทย์ มช.