

ประกาศภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ครั้งที่ ๓/๒๕๖๓

เรื่อง รับสมัคร Clinical Fellowship Training in Cornea ภาควิชาจักษุวิทยา ปีการศึกษา ๒๕๖๓ รอบ ๒

ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เปิดหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ต่อยอด อนุสาขาระจกตา โรคตาภายนอก และการผ่าตัดแก้ไขสายตา (Clinical Fellowship Training in Cornea) ในปีการศึกษา ๒๕๖๓ รอบ ๒ จำนวน ๑ อัตรา ระยะเวลาการฝึกอบรม ๑ ปี ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔ จึงขอประกาศมาให้ทราบดังนี้

หลักเกณฑ์การรับ Clinical Fellowship Training in Cornea ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

๑. คุณสมบัติ

- ๑.๑ อายุระหว่าง ๒๕ - ๔๐ ปี
- ๑.๒ ได้รับวุฒิปริญญาตรีหรือหนึ่งสื่อนุมัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจักษุวิทยา(แพทยสภา)
- ๑.๓ มีต้นสังกัดของส่วนราชการ หรือเอกชนในการฝึกอบรม

๒. เอกสารประกอบการสมัคร

- ๒.๑ ใบสมัครของภาควิชาฯ
- ๒.๒ รูปถ่ายหน้าตรง ขนาดไม่น้อยกว่า ๒ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป
- ๒.๓ Transcript ๑ ชุด
- ๒.๔ ใบรับรอง (letter of recommendation) จากผู้บังคับบัญชา และ/หรือ อาจารย์สาขาจักษุวิทยา
- ๒.๕ ใบรับรองจากต้นสังกัด (ถ้ามี)

๓. วันเวลาและสถานที่ รับสมัคร

ผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามและแจ้งความจำนงได้ที่ คุณอมรรัตน์ ชินรัตน์ สำนักงานภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๙๓๕๕๑๒ โทรสาร ๐๕๓-๙๓๖๑๒๑

๔. วิธีการคัดเลือกรับสมัคร

รับสมัคร ตั้งแต่วันที่ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๓ และจะแจ้งกำหนดการสอบสัมภาษณ์ให้ทราบในภายหลัง

ผู้ที่สนใจสมัครได้ตามประกาศข้างต้น

ประกาศมา ณ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๓

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วินัย ชัยจรุณ)

หัวหน้าภาควิชาจักษุวิทยา

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาระจกตา โรคตาภายนอก และการผ่าตัดแก้ไขสายตา
(Certificate in Cornea, External Diseases and Refractive Surgery)
ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ปีการศึกษา ๒๕๖๓

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....

วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี..... เดือน (นับถึง ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๒)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน(๑๓ หลัก).....

สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา..... สถานภาพ.....

บิดาชื่อ..... อาชีพ.....

มารดาชื่อ..... อาชีพ.....

พี่น้องจำนวนทั้งหมด รวมผู้สมัคร.....คน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

.....

..... โทร.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

.....

..... โทร.....

E-mail address.....

วุฒิการศึกษา.....

GPA.....

สถานที่ปฏิบัติงานหลังสำเร็จการศึกษา แพทยศาสตร์บัณฑิต

.....

.....

.....

.....

.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขา Cornea and Refractive Surgery Fellow เนื่องจาก

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

()

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....