



## ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน

สาขา อายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ  
ประจำปีการศึกษา 2563

ที่ติดรูปถ่าย

ขนาด 2 นิ้ว

ให้กรอกข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง และจัดเตรียมเอกสารประกอบตามที่ระบุไว้ด้วยเครื่องหมาย ✓  
เอกสารที่แนบหากเป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

ก. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร  นาย  นาง  น.ส. .... นามสกุล .....

วันเดือนปีเกิด ..... / ..... / ..... เชื้อชาติ ..... สัญชาติ .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ข. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/อาคาร ..... ซอย ..... ถนน .....

แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ ..... E-mail : .....

ค. สาขาที่ต้องการเลือกสมัคร (ระบุชื่อสาขา) .....

ตามประกาศของแพทยสภาได้กำหนดให้สาขาที่ท่านเลือกสมัครเป็นสาขาประเภทที่ .....

และผู้สมัครจะต้องส่งเอกสารประกอบการสมัครสาขาดังกล่าวดังนี้

- สาขาประเภทที่ 1 ผู้สมัครต้องได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ไม่จำเป็นต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ 1 ปี และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนก่อน ผู้สมัครอิสระต้องไม่มีพันธะในการชดใช้ทุน
- สาขาประเภทที่ 2 ผู้สมัครต้องได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ 1 ปี และได้ปฏิบัติงาน / ปฏิบัติงานชดใช้ทุนตามจำนวนปีที่แพทยสภากำหนด
- สาขาประเภทที่ 3 ผู้สมัครต้องได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ หรือกำลังฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านตามโครงการของแพทยสภา ในปีสุดท้าย หรือเป็นผู้มีสิทธิ์สมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ ในสาขาที่กำหนดเป็นสาขาหลักก่อน (ถ้าเป็นสาขาต่อยอด จะขอเข้าศึกษาในชั้นปีที่ .....

ง. คุณวุฒิทางการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์

สถาบันที่สำเร็จการศึกษา ..... วัน/เดือน/ปี ที่สำเร็จการศึกษา .....

ปีการศึกษา ..... เกรดเฉลี่ย .....

จ. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

\* ท่านเคยถูกคัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่  ไม่เคย  เคย

เหตุผล ..... ปี พ.ศ. ที่สมัคร .....

\* ท่านเคยลาออกหรือถูกไล่ออกจากการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่  ไม่เคย  เคย

สาขา ..... สถาบัน ..... ปี พ.ศ. ....

ฉ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / ภาระการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2558

\* โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาล .....

ตั้งแต่เดือน ..... พ.ศ. .... ถึง เดือน ..... พ.ศ. ....

\* ภาระการชดใช้ทุน (ให้นำรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)

มี ปฏิบัติมาแล้ว ..... ปี       ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี       ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

\* ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา ..... ปี นับจนถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2558

\* สถานที่ทำงานปัจจุบัน .....

\* ท่านเคยได้รับการสอบสวนทางวินัย หรือจริยธรรมหรือไม่       ไม่เคย       เคย

สาเหตุ ..... ปี พ.ศ. ....

\* รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)

1. ชื่อ-สกุล ..... ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ ..... โทรศัพท์.....

2. ชื่อ-สกุล ..... ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ ..... โทรศัพท์.....

#### ข. สิทธิในการสมัคร

ไม่มีต้นสังกัด

มีต้นสังกัด (ชื่อต้นสังกัด ..... ตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาด้านสังกัด .....) )

#### ข. หลักฐานการสมัคร

(1) สำเนาบัตรประชาชน

(2) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล / ใบทะเบียนสมรส (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล)

(3) สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (หากผู้สมัครกำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีสุดท้าย ให้ส่งสำเนาใบแสดงผลการศึกษาจนถึงปีปัจจุบัน พร้อมหนังสือรับรองว่าจะสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร)

(4) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม)

(5) หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การศึกษาฝึกอบรม ผลงานวิชาการ และกิจกรรมพิเศษ (curriculum vitae)

(6) หนังสือรับรอง/แนะนำ จากผู้บังคับบัญชานในปัจจุบัน (หรืออาจารย์โรงเรียนแพทย์ที่กำลังศึกษาอยู่ในกรณีสมัครอนุสาขา)

(7) หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก

#### หลักฐานที่ผู้สมัครสาขาประเภทที่ 2 ต้องส่งเพิ่ม

(8) สำเนาประกาศนียบัตรการเพิ่มพูนทักษะหรือหนังสือรับรองว่ากำลังปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ

#### หลักฐานที่ผู้สมัครสาขาประเภทที่ 3 ต้องส่งเพิ่ม

(8) สำเนาหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ หรือหนังสือรับรองการปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 หรือการปฏิบัติงานเป็นแพทย์ชดใช้ทุนในส่วนภูมิภาคครบ 42 เดือน สาขา .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า 1. การสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้านครั้งนี้ อาวุธศาสตร์เป็นสาขาเดียว ที่ข้าพเจ้าสมัคร

2. ข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นจริงทุกประการ

3. เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

หากในภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบข้อความที่ไม่เป็นจริง หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจจะถูกดำเนินการตามกฎหมาย

ลงชื่อผู้สมัคร .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....