

รับสมัครแพทย์ประจำบ้านหลักสูตรการฝึกอบรม

อนุสาขาเวชบำบัดวิกฤต

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ปีการศึกษา ๒๕๖๔

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เปิดรับสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาเวช
บำบัดวิกฤต ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ สามารถยื่นใบสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๕ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๓
สามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ <https://w1.med.cmu.ac.th/intmed/> หรือ สแกนที่ QR code ดังแนบ หรือ
ติดต่อขอใบสมัครได้ที่ phetsukn@gmail.com และส่งเอกสารยื่นสมัครทางไปรษณีย์ได้ที่

รศ.นพ.ธีรกร ธีรกิตติกุล

หน่วยวิชาโรคระบบการหายใจ เวชบำบัดวิกฤตและภูมิแพ้

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ.เมือง เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐



กรุณาเขียนมุมซอง “เอกสารสมัคร CCM_CMU”

กรณีส่งเอกสารทางไปรษณีย์ต้องส่งภายในวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๓ โดยถือวันประทับตราไปรษณีย์เป็น
สำคัญ

ติดต่อสอบถาม: คุณนิตยา เพชรสุข โทร ๐๕๓ ๙๓๖๒๒๘



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้เปิดหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาเวชบำบัดวิกฤต ตั้งแต่ปี พศ. ๒๕๕๔ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบได้แก่ หน่วยวิชาโรคระบบการหายใจ เวชบำบัดวิกฤตและภูมิแพ้ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา และสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย โดยเปิดเป็น การฝึกอบรมระยะ ๑ ปี และการฝึกอบรมระยะ ๒ ปี

ชื่อหลักสูตร

มาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาเวชบำบัดวิกฤต

กำหนดเวลาการรับสมัคร

วันที่ ๑๕ สิงหาคม – ๑๕ กันยายน ๒๕๖๔

จำนวนตำแหน่งแพทย์ประจำบ้านที่เปิดรับสมัคร ปีละ ๒ ตำแหน่ง

อนุสาขาเวชบำบัดวิกฤต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รับผู้ผ่านการฝึกอบรมหรือได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ หรือเป็นแพทย์ใช้ทุน/แพทย์ประจำบ้านชั้นปีสุดท้ายที่มีสิทธิเข้าสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรฯ ในสาขา ดังนี้

ผ่านการฝึกอบรมในสาขา	ระยะเวลาการฝึกอบรม
อายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ	๑ ปี
อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ และวิสัญญีวิทยา	๒ ปี

เงื่อนไขและวิธีการสมัคร

ผู้สมัครต้องยื่นเอกสารหลักฐานในการสมัครดังต่อไปนี้

๑. ใบสมัคร: พร้อมติดรูปถ่ายหน้าตรงในกรอบที่กำหนด (ขนาด ๒ นิ้ว) ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป
๒. สำเนาบัตรประชาชน
๓. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล/ใบทะเบียนสมรส (เฉพาะในกรณีที่เปลี่ยนชื่อ-สกุล)
๔. สำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
๕. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
๖. สำเนาประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ
๗. หนังสือจากต้นสังกัดลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงานต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม) โดยใช้แบบหนังสือรับรองต้นสังกัดตามแบบที่กำหนด ยกเว้นผู้ได้รับการคัดเลือกให้รับต้นสังกัดเพื่อเข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๘. สำเนาหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร หรือหนังสือรับรองการปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำบ้าน หรือการปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรฯ ในส่วนภูมิภาคชั้นปีสุดท้าย
๙. หนังสือรับรอง/แนะนำ จากผู้บังคับบัญชาในปัจจุบัน ๑ ฉบับ และ อาจารย์โรงเรียนแพทย์ที่กำลังศึกษาอยู่ ๑ ฉบับ
๑๐. หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การศึกษาฝึกอบรม ผลงานวิชาการ และกิจกรรมพิเศษ (curriculum vitae) ของผู้สมัคร

ให้จัดทำใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐาน แล้วดำเนินการยื่นใบสมัครและเอกสารหลักฐานจำนวน ๑ ชุด ส่งภายในวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๓ กรณีส่งเอกสารทางไปรษณีย์ต้องส่งภายในวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๓ โดยถือวันประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ

การคัดเลือกผู้สมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน

๑. สถาบันฝึกอบรมพิจารณาคัดเลือกผู้สมัครที่ส่งเอกสารตามกำหนด โดยให้สิทธิ์แก่ผู้สมัครที่มีต้นสังกัดจากหน่วยงานของรัฐก่อนผู้ไม่มีต้นสังกัด และให้ความสำคัญแก่ผู้ที่ปฏิบัติงาน/ปฏิบัติงานชดใช้ทุนมานานกว่า และตามความขาดแคลนแพทย์ของต้นสังกัดจากหน่วยงานของรัฐ
๒. กำหนดการและสถานที่สอบสัมภาษณ์ (จะแจ้งให้ทราบภายหลัง)
๓. กรณีการดำเนินการคัดเลือกตามข้อ ๒ แล้วเสร็จ แต่ยังมีตำแหน่งว่างอยู่ ให้เปิดรับสมัครและกำหนดวันตามขั้นตอน

การแจ้งผลการคัดเลือก

ทางคณะกรรมการคัดเลือกจะมีหนังสือแจ้งผลการคัดเลือกกับผู้สมัครทราบภายใน 1 สัปดาห์ หลังการสอบสัมภาษณ์



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน
สาขา/อนุสาขา เวชบำบัดวิกฤต
ประจำปีการศึกษา 2564

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 จากผู้บังคับบัญชานปัจจุบัน และ อาจารย์โรงเรียนแพทย์ที่กำลังศึกษาอยู่ในกรณีสมัครอนุสาขา

(7) หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก

หลักฐานที่ผู้สมัครสาขาประเภทที่ 2 ต้องส่งเพิ่ม

(8) สำเนาประกาศนียบัตรการเพิ่มพูนทักษะหรือหนังสือรับรองว่ากำลังปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ

หลักฐานที่ผู้สมัครสาขาประเภทที่ 3 ต้องส่งเพิ่ม

(8) สำเนาหนังสืออนุมัติหรืออนุมัติบัตรฯ 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.