

# รับสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอดหลักสูตรการฝึกอบรม

## อนุสาขาเวชบำบัดวิกฤต

### คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

#### ปีการศึกษา 2565

หน่วยวิชาโรคระบบการหายใจ เวชบำบัดวิกฤตและภูมิแพ้ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เปิดรับสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขา อนุสาขาเวชบำบัดวิกฤต ประจำปีการศึกษา 2565 สามารถยื่นใบสมัครตั้งแต่วันที่ 15 กันยายน 2564 สามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ <https://w1.med.cmu.ac.th/intmed/pulmonology/#education> หรือสแกนที่ QR code ดังแนบ หรือติดต่อขอใบสมัครได้ที่ [woranoot.c@cmu.ac.th](mailto:woranoot.c@cmu.ac.th) และส่งเอกสารยื่นสมัครทางไปรษณีย์ได้ที่

รศ.นพ.ธีรกร ธีรกิตติกุล

หน่วยวิชาโรคระบบการหายใจ เวชบำบัดวิกฤตและภูมิแพ้

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200



กรุณาเขียนมุมซอง “เอกสารสมัคร CCM\_CMU”

กรณีส่งเอกสารทางไปรษณีย์ต้องส่งภายในวันที่ 10 กันยายน 2564 โดยถือวันประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ

ติดต่อสอบถาม : คุณวรรณช ชูเมือง โทร 053 936397



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้เปิดหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขಾವេชบำบัดวิกฤต ตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 มีหน่วยงานที่รับผิดชอบได้แก่ หน่วยวิชาโรคระบบการหายใจ เวชบำบัดวิกฤตและภูมิแพ้ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา และสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย โดยเปิดเป็นการฝึกอบรมระยะ 1 ปี และการฝึกอบรมระยะ 2 ปี

### ชื่อหลักสูตร

มาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขಾವេชบำบัดวิกฤต

### กำหนดเวลาการรับสมัคร

วันที่ 15 สิงหาคม 2564- 15 กันยายน 2564

จำนวนตำแหน่งแพทย์ประจำบ้านที่เปิดรับสมัคร ปีละ 3 ตำแหน่ง

อนุสาขಾವេชบำบัดวิกฤต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รับผู้ผ่านการฝึกอบรมหรือได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ หรือเป็นแพทย์ใช้ทุน/แพทย์ประจำบ้านชั้นปีสุดท้ายที่มีสิทธิ์เข้าสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรฯในสาขา ดังนี้

ผ่านการฝึกอบรมในสาขา	ระยะเวลาการฝึกอบรม
อายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ	1ปี
อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ และวิสัญญีวิทยา	2ปี

### เงื่อนไขและวิธีการสมัคร

ผู้สมัครต้องยื่นเอกสารหลักฐานในการสมัครดังต่อไปนี้

1. ใบสมัคร พร้อมติดรูปถ่ายหน้าตรงในกรอบที่กำหนด ( ขนาด 2 นิ้ว ) ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 1 รูป
2. สำเนาบัตรประชาชน
3. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล/ใบทะเบียนสมรส ( เฉพาะกรณีที่เปลี่ยนชื่อ-สกุล )
4. สำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต
5. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

6. สำเนาประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ
7. หนังสือจากต้นสังกัดลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงานต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว ( เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม ) โดยใช้แบบหนังสือรับรองต้นสังกัดตามแบบที่กำหนด ยกเว้นผู้ได้รับการคัดเลือกให้รับต้นสังกัดเพื่อเข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
8. สำเนาหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร หรือหนังสือรับรองการปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำบ้าน หรือการปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรฯ ในส่วนภูมิภาคชั้นปีสุดท้าย
9. หนังสือรับรอง/แนะนำ จากผู้บังคับบัญชาในปัจจุบัน 1 ฉบับ
10. หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การศึกษาฝึกอบรม ผลงานวิชาการ และกิจกรรมพิเศษ ( Curriculum vitae) ของผู้สมัคร

ให้จัดทำใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐาน แล้วดำเนินการยื่นใบสมัครและเอกสารหลักฐานจำนวน 1 ชุด ส่งภายในวันที่ 15 กันยายน 2564 กรณีส่งเอกสารทางไปรษณีย์ต้องส่งภายในวันที่ 10 กันยายน 2564 โดยถือวันประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ

#### **การคัดเลือกผู้สมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน**

1. สถาบันฝึกอบรมพิจารณาคัดเลือกผู้สมัครที่ส่งเอกสารตามกำหนด โดยให้สิทธิ์แก่ผู้สมัครที่มีต้นสังกัดจากหน่วยงานของรัฐก่อนผู้ไม่มีต้นสังกัด และให้ความสำคัญแก่ผู้ที่ปฏิบัติงาน/ปฏิบัติงานชดใช้ทุนมานานกว่า และตามความขาดแคลนแพทย์ของต้นสังกัดจากหน่วยงานของรัฐ
2. กำหนดการและสถานที่สอบสัมภาษณ์ ( จะแจ้งให้ทราบภายหลัง )
3. กรณีการดำเนินการคัดเลือกตามข้อ 2 แล้วเสร็จ แต่ยังมีตำแหน่งว่างอยู่ ให้เปิดรับสมัครและกำหนดวันตามขั้นตอน

#### **การแจ้งผลการคัดเลือก**

ทางคณะกรรมการคัดเลือกจะมีหนังสือแจ้งผลการคัดเลือกให้ผู้สมัครทราบภายใน 1 สัปดาห์หลังการสอบสัมภาษณ์



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด  
สาขา/อนุสาขา เวชบำบัดวิกฤต  
ประจำปีการศึกษา 2565

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.2564

\* โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาล .....

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

\* ภาระการชดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)

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

\* ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา ..... ปี นับจนถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2564

\* 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 เวชบำบัดวิกฤตเป็นสาขาเดียว ที่ข้าพเจ้าสมัคร  
2. ข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นจริงทุกประการ  
3. เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

หากในภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบข้อความที่ไม่เป็นจริง หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจจะถูกดำเนินการตามกฎหมาย

ลงชื่อผู้สมัคร .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....