

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด

ประจำปีการฝึกอบรม 2565

ติดรูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว

☐ แพทย์ใช้ทุนสาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด (เว้นข้อ ง-จ)

☐ แพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด

☐ แพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด

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

วันเดือนปีเกิด / / เชื้อชาติ สัญชาติ

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ข. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้

เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/อาคาร ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์มือถือ E-mail: Line ID:

ค. สาขาที่ต้องกำเลือกสมัคร (ระบุชื่อสาขา) อายุรศาสตร์โรคเลือด.....

ตามประกาศของแพทยสภาได้กำหนดให้สาขาที่ท่านเลือกสมัครเป็นสาขาประเภทที่ 1.....

และผู้สมัครจะต้องส่งเอกสารประกอบการสมัครสาขาดังกล่าวดังนี้

- ☒ สาขาประเภทที่ 1 ผู้สมัครต้องได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะครบถ้วนตามที่แพทยสภากำหนด และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน (กรณีแพทย์ใช้ทุน ต้องเป็นนักศึกษาแพทย์ที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันที่สามารถชดใช้ทุนตามเกณฑ์ที่กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด)

สถาบันที่สมัคร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คุณวุฒิทางการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์

สถาบันที่สำเร็จการศึกษา วัน/เดือน/ปี ที่สำเร็จการศึกษา

ปีการศึกษา เกรดเฉลี่ย

ง. ประสบการณ์การสมัคร / การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

* ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

เหตุผล ปี พ.ศ. ที่สมัคร.....

* ท่านเคยลาออกหรือถูกให้ออกจากการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

สาขา สถาบัน ปี พ.ศ.

* ประสบการณ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ (กรณีแพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

สถาบัน จบปี พ.ศ.

จ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / ภาระการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2565

* 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.2565

* สถานที่ทำงานปัจจุบัน

ฉ. ข้อมูลอื่นๆ

* 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.....

ช. สิทธิในการสมัคร

☐ ไม่มีต้นสังกัด

☐ มีต้นสังกัด (ชื่อต้นสังกัด))

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า 1. การสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้านครั้งนี้ อายุรศาสตร์โรคเลือดเป็นสาขาเดียวที่ข้าพเจ้าสมัคร

2. ข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นจริงทุกประการ

3. เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

หากในภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบข้อความที่ไม่เป็นจริง หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจจะถูกดำเนินการตามกฎหมาย

ลงชื่อผู้สมัคร

วันที่ เดือน พ.ศ.

หลักฐานประกอบการสมัคร

กรณีแพทย์ใช้ทุน

- ☐ (1) ใบสมัคร พร้อมติดรูปถ่ายหน้าตรงขนาด 2 นิ้ว (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
- ☐ (2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ (3) หลักฐานรับรองผลการเรียน ปีที่ 1 - 5 (transcript)
- ☐ (4) หลักฐานผลการสอบ ศรว. ขั้นตอนที่ 1 และ 2
- ☐ (5) Portfolio ความยาวไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4 ซึ่งประกอบด้วยประวัติส่วนตัวและครอบครัว, กิจกรรมนอกหลักสูตร, ความสามารถพิเศษ, ความภูมิใจในชีวิต, รางวัลที่ได้รับ, ข้อดีและข้อเสียของตนเอง และการวางแผนชีวิตในอนาคต (ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืน Portfolio ดังกล่าว)
- ☐ (6) หนังสือรับรอง/แนะนำผู้สมัคร จาก
 - กรณีนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 1. อาจารย์จากภาควิชาอื่น 1 ฉบับ
2. แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ใช้ทุนภาควิชาอื่น 1 ฉบับ
 - กรณีนักศึกษาแพทย์สถาบันอื่น 1. อาจารย์จากภาควิชาอายุรศาสตร์ 1 ฉบับ
2. อาจารย์จากภาควิชาอื่น 1 ฉบับ
- ☐ (7) เข้าไปกรอกใบสมัครแพทย์ใช้ทุน (intern) ในเว็บไซต์งานบริหารบุคคลของคณะ <https://w1.med.cmu.ac.th/personnel/>

กรณีแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

- ☐ (1) ใบสมัคร พร้อมติดรูปถ่ายหน้าตรงขนาด 2 นิ้ว (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
- ☐ (2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ (3) สำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
- ☐ (4) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- ☐ (5) สำเนาประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ หรือหลักฐานแสดงว่ากำลังอยู่ระหว่างการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ
- ☐ (6) สำเนาวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์ หรือหลักฐานแสดงว่ากำลังอยู่ระหว่างการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ (กรณีแพทย์ประจำบ้านต่อยอด)
- ☐ (7) หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว โดยใช้แบบหนังสือรับรองต้นสังกัดตามแบบที่กำหนด (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม) (ยกเว้นผู้ได้รับการคัดเลือกให้รับต้นสังกัดเพื่อเข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทางกระทรวงได้จัดส่งให้แพทย์สภาโดยตรงแล้ว) (พร้อมสำเนา 1 ชุด โดยจะคืนเอกสารต้นฉบับให้หลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์)
- ☐ (8) หนังสือแสดงประวัติส่วนตัวบุคคล การศึกษาฝึกอบรม ผลงานวิชาการ และกิจกรรมพิเศษ (Curriculum Vitae) ของผู้สมัคร
- ☐ (9) หนังสือรับรอง/แนะนำผู้สมัครจากผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลการปฏิบัติงานโดยตรงในปัจจุบัน และ
 - อาจารย์โรงเรียนแพทย์ที่ผู้สมัครจบการศึกษา หรือ
 - อาจารย์หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรมของสถาบันฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะ/ปฏิบัติงานขอใช้ทุน หรือ
 - หัวหน้าภาควิชาของสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (กรณีสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด)

ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานที่ (สอบถามเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ คุณสิตาทัก วรรณกุล โทร. 083-463-3657)

คุณสิตาทัก วรรณกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์

110 ถ.อินทวโรธ ส.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 (วงเล็บมุมของ สมัคร resident/fellow 2565)

พร้อมทั้ง Scan เฉพาะใบสมัครส่งมาที่ siri.worr@gmail.com และ atantiwo@yahoo.com