

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาระจกตา โรคตาภายนอก และการผ่าตัดแก้ไขสายตา
(Cornea and Refractive Surgery)
ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ปีการศึกษา ๒๕๖๔

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

วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี..... เดือน (นับถึง ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๓)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน(๑๓ หลัก).....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม..... สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....

ศาสนา..... สถานภาพ..... พี่น้องจำนวนทั้งหมด รวมผู้สมัคร.....คน

บิดาชื่อ..... อาชีพ.....

มารดาชื่อ..... อาชีพ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

..... โทร.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

..... โทร.....

E-mail address..... โทรศัพท์ผู้สมัคร.....

วุฒิการศึกษา..... GPA.....

สถานที่ปฏิบัติงานหลังสำเร็จการศึกษา แพทยศาสตร์บัณฑิต

.....

.....

.....

.....

.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาระจกตา โรคตาภายนอก และการผ่าตัดแก้ไข

สายตา(Cornea and Refractive Surgery) ปีการศึกษา ๒๕๖๔ เนื่องจาก.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

()

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

สิ่งที่แนบมาด้วย(ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ○)

๑. ○ ใบสมัครของภาควิชาฯ ที่กรอกข้อมูลครบถ้วน ๑ ชุด
๒. ○ รูปถ่ายหน้าตรง ขนาดไม่น้อยกว่า ๒ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน ๒ รูป
๓. ○ Transcript ๑ ชุด
๔. ○ จดหมาย recommendation (ควรมาจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย ๑ ฉบับ)
๕. ○ ใบรับรองจากต้นสังกัด(ถ้ามี)
๖. ○ Curriculum vitae
 - ประวัติครอบครัว
 - ประวัติการศึกษา
 - ประวัติการทำงาน
 - กิจกรรมที่ทำระหว่างเป็นนักศึกษาแพทย์
 - กิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและสาธารณะ
 - งานอดิเรก
 - ความสามารถพิเศษ
 - อื่น ๆ

ลงชื่อ.....

()

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

หมายเหตุ:

- ใบสมัครนี้เป็นข้อมูลในการประกอบการพิจารณาของภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เท่านั้น
- หากมีข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อที่ คุณอมรรัตน์ ชินรัตน์(ขวัญ) สำนักงานภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐ โทร. ๐-๕๓๙๓-๕๕๑๒
- ส่งเอกสาร โดยส่งถึง “คุณอมรรัตน์ ชินรัตน์(สมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด) สำนักงานภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๑๑๐ ถนนอินทวิโรจ ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐”