

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขากักษุวิทยาจอตาและวุ้นตา (Retina and Vitreous)  
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 อนุสาขา Retina Fellow 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”