

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

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....
วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี..... เดือน (นับถึง ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔)
หมายเลขอับตรประจำตัวประชาชน(๑๓ หลัก).....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม..... สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....
ค่าสนใจ..... สถานภาพ..... พื้นท้องจำนวนหั้งหมด รามผู้สมัคร..... คน
ปิดชาชีว..... อายุชีพ.....
มารดาชีว..... อายุชีพ.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน..... โทร.....
ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทร.....
E-mail address..... โทรศัพท์ผู้สมัคร.....
วุฒิการศึกษา..... GPA.....
สถานที่ปฏิบัติงานหลังสำเร็จการศึกษา แพทยศาสตร์บัณฑิต

มีความประสงค์จะสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขากระจกตา โรคตาภายนอก และการผ่าตัดแก้ไขสายตา(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 (ความจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 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) หรือ คุณนภัทรทิตา บุญยัง(ปอย) สำนักงานภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐ โทร. ๐๕๓-๘๓๕๕๑๒
- ส่งเอกสาร โดยส่งถึง “คุณอมรรัตน์ ชินรัตน์(สมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด) สำนักงานภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๑๑๐ ถนนอินทนิล ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐”