

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขากักษุวิทยาโรคต้อหิน (Glaucoma)  
ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
ปีการศึกษา ๒๕๖๕

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....  
วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี..... เดือน (นับถึง ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔)  
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 อนุสาขากักษุวิทยาโรคต้อหิน (Glaucoma) ปีการศึกษา  
๒๕๖๕ 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) หรือ คุณณภัทรทิศา บุญยัง(ปอย) สำนักงานภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐ โทร. ๐๕๓-๙๓๕๕๑๒
- ส่งเอกสาร โดยส่งถึง “คุณอมรรัตน์ ชินรัตน์(สมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด) สำนักงานภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๑๑๐ ถนนอินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐”