



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านต้อยอด อนุสาขาจักษุวิทยาโรคต้อหิน (Glaucoma)
ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา ๒๕๖๖

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปีเดือน (นับถึง ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕)
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน(๑๓ หลัก).....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม..... สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....
ศาสนา..... สถานภาพ..... พี่น้องจำนวนทั้งหมด รวมผู้สมัคร.....คน
บิดาชื่อ - นามสกุล..... อาชีพ.....
มารดาชื่อ - นามสกุล..... อาชีพ.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
..... โทร.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
..... โทร.....
E-mail address..... โทรศัพท์ผู้สมัคร.....
วุฒิการศึกษา..... GPA.....
สถานที่ปฏิบัติงานหลังสำเร็จการศึกษา แพทยศาสตร์บัณฑิต

มีความประสงค์จะสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้านต้อยอด อนุสาขา Glaucoma Fellow ปีการศึกษา ๒๕๖๖
เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

()

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

สิ่งที่แนบมาด้วย(ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง O)

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

ลงชื่อ.....

()

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

หมายเหตุ :

- ใบสมัครนี้เป็นข้อมูลในการประกอบการพิจารณาของภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เท่านั้น
- หากมีข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อที่ คุณอมรรัตน์ ชินรัตน์(ขวัญ) หรือ คุณนภัทรทิศา บุญยัง(ปอย) สำนักงานภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทร.๐๕๓ - ๘๓๕๕๑๒
- ส่งเอกสาร โดยส่งถึง “คุณอมรรัตน์ ชินรัตน์(สมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด) สำนักงานภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๑๑๐ ถนนอินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ. เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐”