รูป 2 นิ้ว 2 ใบ

แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการคัดเลือกฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ประจำปี ๒๕๖๔
ภาควิชาออร์โทปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประเภทการฝึกอบรม แพทย์ประจำบ้านต่อยอด (Fellow) อนุสาขา .....

ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร (ภาษาไทย) .....

(ภาษาอังกฤษ).....

วัน/เดือน/ปี เกิด .....

เลขที่บัตรประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ☐☐☐☐☐

ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่.....หมู่ที่ .....ถนน .....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....
โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ ..... E-mail .....

คุณวุฒิทางการศึกษา

ชื่อสถาบันที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ..... ปีที่สำเร็จการศึกษา .....
ชื่อสถาบันที่สำเร็จการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ..... ปีที่สำเร็จการศึกษา .....

ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ ภาระการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ ภาระการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ ๑ มิถุนายน ของปีที่สมัคร

■ โครงการเพิ่มพูนทักษะ

๑. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล .....
ตั้งแต่เดือน ..... พ.ศ. ..... ถึงเดือน ..... พ.ศ. .....
๒. ปฏิบัติงานเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล .....
ตั้งแต่เดือน ..... พ.ศ. ..... ถึงเดือน ..... พ.ศ. .....

■ ภาระการชดใช้ทุนที่ยังเหลืออยู่ (การชดใช้ทุนให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ)

☐ ไม่มีเพราะปฏิบัติงานครบถ้วนแล้ว ๓ ปี ☐ ไม่มีเพราะชดใช้เงินเรียบร้อยแล้ว เมื่อ .....
☐ มีภาระการชดใช้ทุน ปฏิบัติงานแล้ว ..... ปี ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

■ สถานที่ทำงานปัจจุบัน .....

เลขที่.....หมู่ที่ .....ถนน .....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

สิทธิ์ในการสมัคร

☐ ไม่มีต้นสังกัด
☐ มีต้นสังกัด (ระบุชื่อต้นสังกัด) .....

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....