

แบบสอบถามสำหรับผู้ที่จะสมัครเข้ารับการอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ปีการศึกษา.....

ชื่อ (ภาษาไทย) อายุ ปี

(ภาษาอังกฤษ).....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ทันที มือถือ.....

E-mail address:

ที่บ้าน

โทร

ที่อยู่ปัจจุบันของบิดา - มารดา

.....

.....

เบอร์โทรศัพท์.....

สถานภาพการสมรส

กรณีแต่งงานแล้ว คู่สมรสทำงานที่

มีบุตร คน 1. อายุ ปี

2. อายุ ปี

จบจากมหาวิทยาลัย เมื่อปี

	ปี 3	ปี 4	ปี 5	ปี 6
เกรดกุมารฯ				
GPA				

ผลสอบเพื่อวุฒิปดฺิฯ (Board) ปีการศึกษาที่จบ.....

	คะแนนที่ได้ (ร้อยละ)
Board MCQ	
Board CRQ	

สมัครเข้ารับการฝึกอบรม อนุสาขากุมารเวชศาสตร์

☐ มีต้นสังกัด (.....)

☐ ไม่มีต้นสังกัด และขอใช้ทุนคณะฯ

☐ ไม่มีต้นสังกัด และใช้ทุนส่วนตัว

หลังจากเรียนจบแล้ว

ปีที่ 1 พ.ศ. ทำงานที่

ผู้บังคับบัญชา

ผู้ร่วมงาน 1. 2.

ปีที่ 2

พ.ศ. ทำงานที่

ผู้บังคับบัญชา

.....

ผู้ร่วมงาน

1. 2.

ปีที่ 3

พ.ศ. ทำงานที่

ผู้บังคับบัญชา

.....

ผู้ร่วมงาน

1. 2.

เอกสาร ข้อมูล หลักฐาน ประกอบด้วย

1. บทความ บรรยายเรื่องละประมาณ 1 หน้ากระดาษ A4 จำนวน 2 เรื่อง คือ
 - 1.1 ประวัติของตนเอง เกี่ยวกับครอบครัว บ้าน ภูมิลำเนา
การศึกษาตั้งแต่เบื้องต้นจนถึงปัจจุบัน และงานอดิเรก หรือความสามารถพิเศษ
 - 1.2 ความต้องการ จุดมุ่งหมายและเหตุผลในการเลือกเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
สาขากุมารเวชศาสตร์ ที่ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พร้อมทั้งแผนการชีวิตในการจะไปประกอบอาชีพหลังจากจบการฝึกอบรม
2. ใบ Transcript การเรียนจากปี 3 - 6
3. รูปถ่าย ของผู้สมัครไม่จำกัดขนาด แต่ขอให้เห็นหน้าชัดเจน โดยถ่ายมาไม่เกิน 6 เดือน
จำนวน 1 รูป
4. ใบแนะนำตัวเกี่ยวกับการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชาที่ใกล้ชิด 2 ท่าน
(อาจารย์จากสถาบันอื่น ที่ไม่ใช่อาจารย์จากภาควิชากุมารเวชศาสตร์ เชียงใหม่ โดยแจ้งท่าน
ให้ส่งโดยตรงหัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ด้วย)
รวบรวมเอกสารข้อมูล หลักฐานทั้งหมดส่งโดยตรงไปยัง
หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

หมายเหตุ แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด กรุณาส่งเอกสารภายในวันที่
แพทย์ใช้ทุน กรุณาส่งเอกสารภายใน วันที่
ถ้าไม่ส่งเอกสารดังกล่าวทั้งหมดจะไม่ได้รับการพิจารณา