



รูปถ่าย

## ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2561 ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย

ให้กรอกข้อมูลโดยการพิมพ์ หรือเขียนด้วยตัวบรรจงและทำเครื่องหมาย ✓ หรือระบุตัวเลขในช่อง  ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง เอกสารที่เป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

ก. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร  นาย  นาง

นางสาว .....

วัน เดือน ปี เกิด..... เชื้อ

ชาติ..... สัญชาติ.....

เลขที่ประจำตัวประชาชน.....

ข. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่.....

ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัส

ไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ

ถือ.....

E-

mail.....

.....  
(กรุณาเขียนภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่)

**ค. สาขาและสถาบันฝึกอบรมที่ต้องกสนเลือกสมัคร**

๑. สาขาประเภทที่ ๒ หมายถึงสาขาที่ผู้สมัครจะ ต้องผ่านการปฏิบัติงานตาม  
โครงการเพิ่มพูนทักษะ๑ ปี และได้ปฏิบัติงาน/ ปฏิบัติงานชุด ใช้ทุนตามจำนวนปีที่  
แพทยสภากำหนด ได้แก่สาขาต่อไปนี้

สาขา โสต ศอ นาสิกกรรม

๒. สาขาประเภทที่ ๓ หมายถึง สาขาที่ผู้สมัครจะ ต้องผ่านการฝึกอบรมเป็นแพทย์  
ประจำบ้านในปีสุดท้ายหรือได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ ในสาขาที่กำหนดเป็น  
สาขาหลักก่อนแล้ว ได้แก่อนุสาขาต่อไปนี้

อนุสาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง และเสริมสร้าง ใบหน้า

ชื่อสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการสมัครเข้าเลือกสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน (สมัครได้  
มากกว่า 1 สถาบัน)

ลำดับ 1.....

ลำดับ 2.....

ลำดับ 3.....

ลำดับ 4.....

ลำดับ 5.....

**ง. คุณวุฒิทางการศึกษา** ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาวิชา  
แพทยศาสตร์.....

..... ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการ  
ศึกษา..... เกรดเฉลี่ย.....

**จ. ประสบการณ์การสมัคร/ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน**

- ท่านเคยถูกตัดสิทธิในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่  
 ไม่เคย  เคย  
(โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่เคยถูกตัดสิทธิในการ  
สมัคร).....

- ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่   
ไม่เคย  เคย   
(ถ้าเคย โปรดระบุสาขาและปี พ.ศ. ที่จบ หรือจะ  
จบ.....

**ฉ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ  
เวชกรรม / ภาวะการขาดใช้ทุน**

ขอให้ระบุข้อมูลประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับ ใบอนุญาตฯ/ ภาวะการ  
ขาดใช้ทุน จนถึงปัจจุบัน

- โครงการเพิ่มพูนทักษะปฏิบัติงานที่ โรง  
พยาบาล.....  
ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... ถึง  
เดือน..... พ.ศ.....

- ภาวะการขาดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตาม โครงการเพิ่มพูน  
ทักษะฯ)

มี ปฏิบัติมาแล้ว..... ปี  ไม่มี ปฏิบัติขาด ใช้ครบถ้วน  
แล้ว 3 ปี  ไม่มี ขาดใช้เงินแล้ว

- ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็น  
เวลา..... ปี นับจนถึง  
ปัจจุบัน

- สถานที่ทำงาน  
ปัจจุบัน.....  
.....  
.....

- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)

○ ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่ง.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

○ ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่ง.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

**ข. สิทธิในการสมัคร**

ไม่มีต้นสังกัด

มีต้น

สังกัด .....  
.....

(ระบุชื่อต้นสังกัด)

(ตำแหน่ง

ของผู้บังคับบัญชาด้านสังกัด)

**หลักฐานที่ผู้สมัครทุกสาขาที่ใช้สิทธิ์ต้นสังกัด ต้องส่งสำหรับหัวข้อนี้**

หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก

**ข. เอกสาร ในการสมัคร ผู้สมัครจะต้องจัดเตรียมเอกสารหลักฐานดังนี้**

(๑) ใบสมัคร ให้ติดรูปถ่ายขนาด ๒ นิ้วถ่าย ไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

(๓) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล / ใบทะเบียนสมรส (ในกรณีที่เปลี่ยนชื่อ - สกุล)

(๔) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือหนังสือรับรองการขึ้น

ทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๕) สำเนาประกาศนียบัตร หรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่าน โครงการเพิ่มพูนทักษะ

(เฉพาะผู้ที่ได้รับ ใบอนุญาตประกอบ

วิชาชีพเวชกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๓๘ เป็นต้นไป

(๖) หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มี

ต้นสังกัดส่งฝึกอบรม) โดยใช้แบบหนังสือรับรองต้นสังกัดตามแบบที่กำหนด

(๗) หนังสือรับรอง / แนะนำผู้สมัคร (ถ้ามี)

ผู้สมัครจะต้องจัดทำใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐาน ส่งให้กับสถาบันฝึกอบรมที่ผู้สมัครเลือกแห่งๆ ละ๑ชุดตามจำนวนที่เลือกเพื่อตรวจสอบ เอกสารที่ถ่ายสำเนาให้ผู้สมัครเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับด้วย

การแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใบสมัคร เมื่อกรอกใบสมัครและยื่นพร้อมหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่แล้ว จะขอแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใบสมัครมิได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติ ข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิ์ในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจถูกดำเนินตามกฎหมาย

ลายเซ็นผู้สมัคร \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน พ.ศ.

#### หมายเหตุ

1. แต่ละสถาบันจะทำการสัมภาษณ์และคัดเลือกเป็นการภายในให้เสร็จสิ้นภายในเวลาที่กำหนด (กำหนดเป็นปี ๆ ไป) พร้อมกันทุกสถาบัน

2. แต่ละสถาบันจะส่งข้อมูลทั้งหมดให้กับประธานคณะกรรมการฝึกบรรม ฯ  
ซึ่งทำหน้าที่เป็นสื่อกลางและประสานในการรับสมัคร ฯ และประกาศผลให้  
ทราบ