



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา 2559
สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

รูปถ่าย 2 นิ้ว

ให้กรอกข้อมูลโดยการพิมพ์ หรือเขียนด้วยตัวบรรจงและทำเครื่องหมาย ✓

หรือระบุตัวเลขในช่อง ☐ ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง

เอกสารที่เป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

ก. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว
วัน เดือน ปี เกิด..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
เลขที่ประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

ค. ชื่อสถาบันฝึกอบรมที่ต้องการสมัครเข้าเลือกสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้าน (สมัครได้มากกว่า 1 สถาบัน)

ลำดับ 1

ลำดับ 2

ลำดับ 3

ง. คุณวุฒิทางการศึกษา ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์.....
..... ปี พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา..... เกรตเฉลี่ย.....

จ. ประสพการณ์การสมัคร/ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

- ท่านเคยถูกตัดสิทธิในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
(โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ.ที่เคยถูกตัดสิทธิในการสมัคร).....
- ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
(ถ้าเคย โปรดระบุสาขาและปี พ.ศ.ที่จบ หรือจะจบ.....)

ฉ. ประสพการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลประสพการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ/ ภาระการชดใช้ทุน จนถึงปัจจุบัน

- โครงการเพิ่มพูนทักษะปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาล.....
ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... ถึงเดือน..... พ.ศ.....
- ภาระการชดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)
☐ มี ปฏิบัติมาแล้ว..... ปี ☐ ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี ☐ ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว
- ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา..... ปี นับจนถึงปัจจุบัน
- สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
.....
- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร จำนวน 2 คน (ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาและ/หรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด)
 - ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
 - ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ช. สิทธิในการสมัคร ☐ ไม่มีต้นสังกัด ☐ มีต้นสังกัด (ระบุชื่อต้นสังกัดและตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งหรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจถูกดำเนินตามกฎหมาย

ลงชื่อผู้สมัคร.....

()

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข. เอกสาร พร้อมหลักฐานดังต่อไปนี้

1. ใบสมัครให้ติดรูปถ่ายขนาด 2 นิ้วถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 1 รูป
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
3. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
4. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
5. หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การศึกษาฝึกอบรม ผลงานวิชาการ และกิจกรรมพิเศษ (curriculum vitae) ของผู้สมัคร
6. สำเนาประกาศนียบัตร หรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ
7. สำเนาหนังสือจากต้นสังกัด (หน่วยงานรัฐบาล) อนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก (ถ้ามี)
8. หนังสือรับรอง/แนะนำผู้สมัคร จำนวนทั้งหมด 3 ฉบับ
 - 8.1 อาจารย์โรงเรียนแพทย์ที่ผู้สมัครเคยศึกษา
 - 8.2 ผู้บังคับบัญชาในปัจจุบันหรือเคยปฏิบัติงาน
 - 8.3 แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ราชวิทยาลัยฯ ให้การรับรอง

ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐาน

- ผู้สมัครสามารถ download แบบฟอร์มการสมัครเพื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ปีการศึกษา 2559 ได้จากเว็บไซต์ของราชวิทยาลัยฯ <http://rehabmed.or.th/main/>
- ผู้สมัครส่งเอกสารและหลักฐานการสมัครไปยังสถาบันที่ต้องการสมัคร 1 ชุด
- ผู้สมัครจะได้รับการติดต่อกลับจากสถาบันที่ไปสมัคร หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อที่ธุรการภาควิชาของสถาบันที่สมัครโดยตรง

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู : ตามประกาศสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา เรื่องการรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน ดังนี้

- (ก) เป็นผู้ที่ได้รับปริญญาบัตรแพทยศาสตรบัณฑิต
- (ข) เป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตาม พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525
- (ค) ผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ 1 ปี และได้ปฏิบัติงานชดเชยตามที่แพทยสภากำหนด
- (ง) เป็นผู้ที่มีความประพฤติดี ไม่อยู่ในรายชื่อของผู้ถูกตัดสิทธิการสมัครแพทย์ประจำบ้านในปีการศึกษา 2559