



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน (แผน ก.)  
ประจำปีการฝึกอบรม 2564 (รอบที่ 2)

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

สาขา / อนุสาขา .....

รูปถ่ายสีหน้าตรง  
ขนาดกว้าง 2 นิ้ว

**คำชี้แจง:** ให้กรอกข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง และจัดเตรียมเอกสารประกอบตามที่ระบุไว้ด้วยเครื่องหมาย  เอกสารที่  
แนบหากเป็นสำเนาจะต้องเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

**ก. ข้อมูลส่วนบุคคล**

ข้าพเจ้า  นาย  นาง  นางสาว ..... นามสกุล .....

วันเดือนปีเกิด ..... / ..... / ..... เชื้อชาติ ..... สัญชาติ .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ..... ออกให้เมื่อวันที่ .....

**ข. ต้นสังกัดที่ส่งเข้าฝึกอบรม**

ไม่มีต้นสังกัด

หน่วยงานรัฐ

กระทรวง ..... กรม / มหาวิทยาลัย / บริษัท .....

จังหวัด ..... โรงพยาบาล .....

ผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด .....

อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

**ค. ที่อยู่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว**

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/อาคาร ..... ซอย ..... ถนน .....

แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ ..... E-mail .....

**ง. คุณวุฒิการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์และการฝึกอบรมในวิชาชีพเวชกรรม**

(1) ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ .....

ออกให้เมื่อวันที่ ..... ระดับคะแนนเฉลี่ย (GPA) .....

(2) ผลคะแนนสอบประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ศรว.)

ขั้นตอนที่	วันที่สอบ	คะแนนที่ได้	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
1				
2				

ผลการสอบขั้นตอนที่ 3 : ..... วันที่สอบ ขั้นตอนที่ 3 (OSCE) ผ่าน : .....

(3)  วุฒิบัตร  หนังสืออนุมัติ สาขา .....

ออกให้เมื่อวันที่ ..... โดยผ่านการฝึกอบรม/ปฏิบัติงานจากสถาบัน .....

จ. ประสงค์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาวะการชดใช้ทุน

(ขอให้ระบุข้อมูลประสงค์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / ภาวะการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 กรกฎาคม 2564)

ยังไม่ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต (ข้ามไปไม่ต้องกรอกข้อมูลในส่วนนี้)

(1) การฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

ผ่านการฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะแล้ว  อยู่ระหว่างการฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาล ..... จังหวัด .....

ตั้งแต่วันที่ ...../...../..... ถึงวันที่ ...../...../.....

(2) การปฏิบัติงานหลังผ่านการอบรมเพิ่มพูนทักษะ

จังหวัด	ชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน	ตำแหน่ง	สาขาวิชา	ตั้งแต่	ถึง

(3) ภาวะการชดใช้ทุน (นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะฯ)

มี ปฏิบัติงานมาแล้ว ..... ปี

ไม่มี ปฏิบัติงานชดใช้ทุนครบถ้วนแล้ว

ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

(4) สถานที่ทำงานปัจจุบัน

สถานที่ทำงานปัจจุบัน .....

สถานที่ตั้ง เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล .....

เขต/อำเภอ ..... จังหวัด .....

(5) ท่านเคยได้รับการสอบสวนทางวินัย หรือจริยธรรมหรือไม่

ไม่เคย

เคย สาเหตุ ..... เมื่อ พ.ศ. ....

ทั้งนี้ได้นำเอกสารหลักฐานมาตามรายการและได้ดำเนินการตามขั้นตอนตามที่ระบุไว้ท้ายใบสมัครนี้แล้วอย่างครบถ้วนทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้ในใบสมัครนี้เป็นจริงทุกประการและเอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

หากในภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบว่าข้อความที่ไม่เป็นจริงหรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิการขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ประจำบ้าน แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกหรือเริ่มเข้ารับการศึกษาแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจถูกดำเนินการตามกฎหมายด้วย

ลงชื่อผู้ยื่นใบสมัคร

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 2564

**รายการเอกสารหลักฐานและการดำเนินการประกอบการสมัคร**

ของ ..... ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .....

เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่นในการสมัคร : ผู้สมัครต้องยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐาน โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. กรอกข้อมูลในใบสมัครข้างต้นให้ครบถ้วน
2. แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครตามรายการต่อไปนี้

สำหรับ ผู้สมัคร	รายการ	เฉพาะเจ้าหน้าที่	
		มี	ไม่มี
<input type="radio"/>	สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (เฉพาะกรณีที่เปลี่ยนชื่อ-สกุล)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	ใบทะเบียนสมรส (เฉพาะกรณีที่จดทะเบียนสมรสแล้ว)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	สำเนาปริญญาบัตร หรือหนังสือรับรองการได้รับปริญญาบัตร (เฉพาะกรณีสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตแล้ว)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	สำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (หากผู้สมัครกำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีสุดท้ายให้ส่งสำเนาใบแสดงผลการศึกษาจนถึงปัจจุบัน พร้อมหนังสือรับรองว่าจะสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	สำเนาประกาศนียบัตร หรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่าน โครงการเพิ่มพูนทักษะ หรือหลักฐานแสดงว่ากำลังอยู่ระหว่างการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ (ยกเว้นกรณีได้รับการคัดเลือกในสาขาประเภท 1.1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	เป็นผู้ได้รับการคัดเลือกให้รับต้นสังกัดเพื่อเข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดส่งให้แพทยสภาโดยตรงแล้ว	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	สำเนาวุฒิบัตร / หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม / หรือหนังสือรับรองว่ากำลังอยู่ระหว่างการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน / ปฏิบัติงานเฉพาะสาขาเพื่อวุฒิบัตร / หนังสืออนุมัติฯ ปีสุดท้าย (เฉพาะผู้ขอขึ้นทะเบียนประเภทที่ 3 (อนุสาขา))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	หลักฐานการโอนเงิน 1,400 บาท (หนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน) ตามที่ราชวิทยาลัยกำหนด (ยกเว้นมาสมัครด้วยตนเอง จ่ายเป็นเงินสดได้) (**เลขที่บัญชีสำหรับการโอนเงิน ติดต่อที่ราชวิทยาลัยที่ต้องการสมัคร)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	สำเนาแสดงผลคะแนนสอบประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม(ศรว.) ชั้นตอนที่ 1 และชั้นตอนที่ 2 *** (เฉพาะกรณีสาขาประเภทที่ 1 และประเภทที่ 2 ที่ราชวิทยาลัย/สาขา/แผนงานฝึกอบรมนั้นต้องใช้)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การศึกษาฝึกอบรม ผลงานวิชาการ และกิจกรรมพิเศษ (Curriculum vitae) ของผู้สมัคร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	หนังสือรับรอง / แนะนำผู้สมัคร จำนวน ..... ฉบับ (ตามที่ราชวิทยาลัยกำหนด)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	หนังสือแสดงเจตจำนงส่วนบุคคล (Personal statement of purpose) ของผู้สมัครในการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในสาขา / อนุสาขา นั้น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	เอกสารหลักฐานอื่นที่ราชวิทยาลัยและสถาบันฝึกอบรมกำหนดเพิ่มเติม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ลงชื่อผู้ยื่นใบสมัคร

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ. 2564



ราชวิทยาลัยสกลแพทย์แห่งประเทศไทย  
แบบเลือกสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

สาขา / อนุสาขา .....

ประจำปีการฝึกอบรม 2564 (รอบที่ 2)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ชื่อ - นามสกุล ผู้สมัคร .....

เลขประจำตัวประชาชน ..... ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .....

สถาบันฝึกอบรมที่ต้องการสมัคร

ลำดับ	รหัสสถาบัน	ชื่อสถาบัน
1		
2		
3		

สถานที่ที่ติดต่อได้อย่างรวดเร็ว

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/อาคาร ..... ซอย ..... ถนน .....

แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ ..... E-mail .....

ลงชื่อผู้ยื่นใบสมัคร

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ. 2564