



ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน (แผน ก.)
ประจำปีการฝึกอบรม 2565 (รอบที่ 2)

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

สาขา / อนุสาขา

รูปถ่ายสีหน้าตรง
ขนาดกว้าง 2 นิ้ว

คำชี้แจง: ให้กรอกข้อมูลที่ต้องการตามความเป็นจริง 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. คุณวุฒิการศึกษาวิทยาศาสตร์และการฝึกอบรมในวิชาชีพเวชกรรม

(1) ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาวิทยาศาสตร์

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 2565)

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. 2565

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 (เฉพาะกรณีที่ยังจดทะเบียนสมรสแล้ว)	<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. 2565



ราชวิทยาลัยสกลแพทย์แห่งประเทศไทย
แบบเลือกสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

สาขา / อนุสาขา

ประจำปีการฝึกอบรม 2565 (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. 2565