

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขา.....

ฝ่ายจักษุวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



วันที่.....เดือน.....พศ.....

1. ข้อมูลส่วนตัว

- 1.1. ชื่อ..... นามสกุล..... ชื่อเล่น.....
1.2. (Name)..... (Surname).....
1.3. วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... เพศ ชาย หญิง
1.4. สถานะภาพ โสด แต่งงาน หย่า หม้าย มีบุตร.....คน
1.5. ภูมิลำเนา.....
1.6. สถานที่ทำงานปัจจุบัน..... โทร.....
1.7. ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่สามารถติดต่อได้สะดวก).....
.....
โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

Email

2. ประวัติการศึกษา

- 2.1. ระดับอุดมศึกษา จบปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตจากสถาบัน
ปีการศึกษาที่จบ(พศ.)
- 2.2. จบการศึกษาระดับแพทย์ประจำบ้านจากสถาบัน.....
ปีการศึกษาที่จบ(พศ.).....
- 2.3. ใบประกอบวิชาชีวะเวชกรรมหมายเลข.....
- 2.4. สถานที่ใช้ทุน..... ระยะเวลาใช้ทุน.....ปี

3. ประเภทการสมัคร

- 3.1 ประเภทอิสระ
- 3.2 ประเภทต้นสังกัด โรงพยาบาล.....
สังกัด.....

4. ความสามารถพิเศษ

5. การรับรอง

- 5.1. ชื่อ ตำแหน่ง และสถานที่ทำงานของผู้ให้การรับรอง
- 5.1.1.
- 5.1.2.

6. ผลงานทางวิชาการ(เขียนต่อต้านหลังได้)

- 6.1.
- 6.2.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่เขียนเป็นความจริงทุกประการ และเมื่อได้เข้าเฝ้าแพทย์ประจำบ้านของภาควิชา
จักษุวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แล้ว จะปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถและจะอุทิศเวลาทั้งหมด
เพื่อความเจริญ และความก้าวหน้าของภาควิชาจักษุวิทยา

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

7. เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัคร

- 7.1. สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประชาชน 1 ชุด
- 7.2. รูปถ่าย(หน้าตรง ไม่สวมหมวกหรือปิดบังใบหน้า)ขนาด 1 นิ้ว 2 รูป
- 7.3. สำเนาใบวุฒิบัตร 1 ชุด
- 7.4. สำเนาใบประกอบโรคศิลป์ 1 ชุด
- 7.5. เอกสาร Curriculum Vitae (CV) 1 ชุด
- 7.6. หนังสือรับรอง 2 ฉบับ
- 7.7. ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม