



ใบสมัครแพทย์ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการให้บริการปลูกถ่ายกระจกตาและการใช้สเต็มเซลล์รักษาโรคกระจกตา ฝ่ายจักษุวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ.....

## 1. ข้อมูลส่วนตัว

1.1 ชื่อ ..... นามสกุล..... (นามสกุลเดิม).....

1.2 ชื่อภาษาอังกฤษ ..... นามสกุล .....

1.3 วัน/เดือน/ปีเกิด ..... ปัจจุบันอายุ .....ปี

1.4 เพศ  ชาย  หญิง

1.5 สถานภาพ  โสด  คู่  หย่า  หม้าย มีบุตร..... คน

1.6 ภูมิลำเนาเดิม .....

1.7 สถานที่ทำงานปัจจุบัน .....

โทรศัพท์ .....

1.8 สถานที่อยู่ ที่ภาควิชาสามารถติดต่อได้สะดวกเร็วที่สุด .....

โทรศัพท์ ..... มือถือ .....

Email : .....

## 2. ประวัติการศึกษา

2.1 ระดับอุดมศึกษา จบปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จากสถาบัน .....  
ตั้งแต่ปี พ.ศ..... ถึง .....

2.2 คะแนนเฉลี่ยรวมตลอดการศึกษา (GPAX) .....

2.3 ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมหมายเลข .....

2.4 ปริญญา/ประกาศนียบัตรอื่นๆ .....

2.5 สถานที่ใช้ทุน ..... ระยะเวลาที่ใช้ทุน .....

2.6 จบแพทย์ประจำบ้านจากสถาบัน ..... เมื่อปี พ.ศ. ....

2.7 จบแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขา ..... จากสถาบัน .....  
เมื่อปี พ.ศ. ....

2.8 ประวัติการทำงาน

ปีพ.ศ.	สถานที่ทำงาน

3. ผลงานทางวิชาการ

.....  
.....  
.....

4. การรับรอง (ชื่อ ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ให้การรับรอง)

4.1 .....  
4.2 .....  
4.3 .....

5. ความสามารถพิเศษ .....

6. งานอดิเรก .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ได้เขียนเป็นความจริงทุกประการ และเมื่อได้เข้าเป็นจักษุแพทย์ ของฝ่ายจักษุวิทยา  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แล้ว จะปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถ ทั้งจะอุทิศเวลาทั้งหมดเพื่อความเจริญ  
และความก้าวหน้าทางวิทยาการของภาควิชาจักษุวิทยา

ลงชื่อ .....  
(.....)