



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. ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมหมายเลข.....

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 และเมื่อได้เข้าเป็นแพทย์ประจำบ้านของภาควิชาจักษุวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แล้ว จะปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถและจะอุทิศเวลาทั้งหมดเพื่อความเจริญ และความก้าวหน้าของภาควิชาจักษุวิทยา

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

7. เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัคร

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