



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 กรุ๊ปเลือด.....
1.4. สถานะภาพ ☐ โสด ☐ แต่งงาน ☐ หย่า ☐ หม้าย มีบุตร.....คน
1.5. ภูมิลำเนา.....
1.6. สถานที่ทำงานปัจจุบัน..... โทร.....
1.7. ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่สามารถติดต่อได้สะดวก).....
.....
โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ
Email เลขบัตรประชาชน.....

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 และได้เข้าเป็นแพทย์ประจำบ้านของภาควิชา
จักษุวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แล้ว จะปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถและจะอุทิศเวลาทั้งหมด
เพื่อความเจริญ 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
- 7.8. หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากต้นสังกัด ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี
- 7.9. หนังสืออนุมัติจากต้นสังกัด (ถ้ามี)