

หนังสือรับรองการสมัครเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน  
ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้สมัคร

กรุณานำแบบฟอร์มการสมัครนี้ให้กับผู้บังคับบัญชา (หรืออดีตผู้บังคับบัญชา) อาจารย์หรืออาจารย์ที่ปรึกษาที่ท่านรู้จัก

ชื่อ/นามสกุลของผู้สมัคร .....

หลักสูตรที่สมัคร  รังสีวินิจฉัย  รังสีรักษา  เวชศาสตร์นิวเคลียร์

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อความนี้เป็นความจริง สามารถตรวจสอบได้ และเป็นความลับ เป็นสิทธิ์ของภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่จะตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้อง

ใช่  ไม่ใช่

ลงนามผู้สมัคร ..... วันที่ .....

ส่วนที่ 2 สำหรับผู้รับรอง

ข้อใดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้สมัคร					
<input type="checkbox"/> รุ่นที่ปฏิบัติงานด้วย <input type="checkbox"/> อาจารย์ที่ปรึกษา <input type="checkbox"/> อาจารย์ <input type="checkbox"/> อดีตผู้บังคับบัญชา <input type="checkbox"/> ผู้บังคับบัญชา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....					
ท่านรู้จักผู้สมัครมานานเท่าใด					
<input type="checkbox"/> <1 ปี <input type="checkbox"/> 1-3 ปี <input type="checkbox"/> 3-5 ปี <input type="checkbox"/> >5 ปี					
โปรดประเมินความสามารถและทักษะต่าง ๆ ของผู้สมัคร ตามความคิดเห็นของท่าน					
	ปานกลาง	ค่อนข้างดี	ดี	ดีมาก	ไม่แน่ใจ
ความรู้และทักษะในฐานะแพทย์					
ทักษะการสื่อสาร					
ทักษะการทำงานเป็นทีม					
มนุษยสัมพันธ์และความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน					
ความมุ่งมั่นต่อหน้าที่การงาน					
ศักยภาพของผู้สมัครเพื่อประสบความสำเร็จในสาขา (สามารถพัฒนาได้)					
กรุณาเขียนคำรับรองผู้สมัครเพิ่มเติม (ถ้ามี)					
กรุณาเลือกระดับการรับรองของท่าน					
<input type="checkbox"/> ไม่รับรอง <input type="checkbox"/> รับรองอย่างมีข้อแม้ <input type="checkbox"/> รับรอง <input type="checkbox"/> รับรองอย่างยิ่ง					

ลงนามผู้รับรอง ..... ชื่อ/สกุล (ตัวบรรจง) ..... วันที่ .....

ตำแหน่ง ..... สถาบัน .....

อีเมลล์ ..... โทรศัพท์ (มือถือ / ที่ทำงาน) .....