

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้สมัคร

กรุณานำแบบฟอร์มการสมัครนี้ให้กับผู้บังคับบัญชา (หรืออดีตผู้บังคับบัญชา) อาจารย์หรืออาจารย์ที่ปรึกษาที่ท่านรู้จัก

ชื่อ/นามสกุลของผู้สมัคร.....

หลักสูตรที่สมัคร

แพทย์ประจำบ้าน ☐ รังสีวินิจฉัย ☐ รังสีรักษา ☐ เวชศาสตร์นิวเคลียร์

แพทย์เฟลโลว์ (หลักสูตร 1 ปี).....

แพทย์ประจำบ้าน อนุสาखा (หลักสูตร 2 ปี).....

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลนี้เป็นจริง สามารถตรวจสอบได้ และเป็นความลับ เป็นสิทธิ์ของภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่จะตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้อง

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ลงนามผู้สมัคร..... วันที่.....

ส่วนที่ 2 สำหรับผู้รับรอง

ข้อใดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้สมัคร

☐ รุ่นพี่ที่ปฏิบัติงานด้วย ☐ อาจารย์ที่ปรึกษา ☐ อาจารย์ ☐ อดีตผู้บังคับบัญชา ☐ ผู้บังคับบัญชา อื่น ๆ.....

ท่านรู้จักผู้สมัครนานเท่าใด

☐ < 1 ปี ☐ 1 – 3 ปี ☐ 3 – 5 ปี ☐ > 5 ปี

โปรดประเมินความสามารถและทักษะต่าง ๆ ของผู้สมัคร ตามความคิดเห็นของท่าน

	ปานกลาง	ค่อนข้างดี	ดี	ดีมาก	ไม่แน่ใจ
ความรู้ และทักษะในฐานะแพทย์					
ทักษะการสื่อสาร					
ทักษะการทำงานเป็นทีม					
มนุษยสัมพันธ์และความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน					
ความมุ่งมั่นต่อหน้าที่การงาน					
ศักยภาพของผู้สมัครเพื่อประสบความสำเร็จในสาขา (สามารถพัฒนาได้)					

กรุณาเขียนคำรับรองผู้สมัครเพิ่มเติม (ถ้ามี)

กรุณาเลือกระดับการรับรองของท่าน

☐ ไม่รับรอง ☐ รับรองอย่างมีข้อแม้ ☐ รับรอง ☐ รับรองอย่างยิ่ง

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

ตำแหน่ง..... สถาบัน

อีเมล..... โทรศัพท์ (มือถือ / ที่ทำงาน).....