

หนังสือรับรองการสมัครเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน / แพทย์ประจำบ้าน อนุสาखा

ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้สมัคร

กรุณานำแบบฟอร์มการสมัครนี้ให้กับผู้บังคับบัญชา (หรืออดีตผู้บังคับบัญชา) อาจารย์หรืออาจารย์ที่ปรึกษาที่ท่านรู้จัก

ชื่อ/นามสกุลของผู้สมัคร.....

- หลักสูตรที่สมัคร แพทย์ประจำบ้าน Diagnostic radiology Radiotherapy Nuclear medicine
- แพทย์เฟลโลว์ (หลักสูตร 1 ปี) Body Imaging Neuro Imaging Non-vascular Intervention
- Breast Imaging Musculoskeletal Imaging Advanced Radiation oncology
- แพทย์ประจำบ้าน อนุสาखा (หลักสูตร 2 ปี) Advanced Diagnostic Body Imaging Diagnostic Neuroimaging
- Body Interventional Radiology Interventional Neuroradiology

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อความนี้เป็นจริง 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).....