



แบบแสดงความจำนงเพื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์ฝึกอบรมเฉพาะทาง

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

รูปปัจจุบัน
(ไม่เกิน 6 เดือน)
1^{1/2} นิ้ว

หลักสูตร หลักสูตรการฝึกอบรม สาขา/ อนุสาขา.....

ปีการศึกษา.....2570.....

ให้กรอกข้อความโดยการพิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง และทำเครื่องหมาย ✓

หรือระบุตัวเลขในช่อง ☐ ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง

1. ชื่อ-สกุลผู้สมัคร

วัน/เดือน/ปีเกิด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2. ที่อยู่ของผู้สมัครที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

3. คุณวุฒิทางการศึกษา ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต.....

..... ปี พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....เกรดเฉลี่ย.....

4. ประสบการณ์การสมัคร/ การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง

• ท่านเคยถูกตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
(โปรดระบุเหตุผลและปี พ.ศ. ที่สมัคร).....

• ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
(โปรดระบุสาขาและปี พ.ศ. ที่จบ หรือจะจบ)

5. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ภาระการชดใช้ทุน

ขอให้ระบุข้อมูลการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ / ภาระการชดใช้ทุน จนถึงวันที่ 1 กรกฎาคม ของปีที่สมัคร

• โครงการเพิ่มพูนทักษะ 1 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....
ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... ถึงเดือน.....พ.ศ.....

2 ปฏิบัติงานเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล.....

ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... ถึงเดือน.....พ.ศ.....

• ภาระการชดใช้ทุนที่ยังเหลืออยู่ (การชดใช้ทุนให้ครบรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ)

☐ ไม่มี เพราะปฏิบัติงานครบถ้วนแล้ว 3 ปี ☐ ไม่มี ได้ชดใช้เงินแล้ว เมื่อ

☐ มีภาระการชดใช้ทุน ปฏิบัติมาแล้ว.....ปี ☐ อื่นๆ (ระบุ)

- ปัญหาที่ผ่านมาในการปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตฯ

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

- สถานที่ทำงานปัจจุบัน

- รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร
(ขอให้เป็นผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิดอย่างน้อย 2 คน)

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่ - โทรศัพท์

7. สิทธิในการสมัคร ☐ มีต้นสังกัด (ระบุ)
☐ ไม่มีต้นสังกัด

8. เอกสารหลักฐานที่ต้องส่งมาพร้อมแบบแสดงความจำนง (สำเนา – ต้องมีการลงนามกำกับรับรองเอกสารด้วย)

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (เฉพาะในกรณีที่เปลี่ยนชื่อ - สกุล) (ถ้ามี)
3. ใบทะเบียนสมรส (เฉพาะในกรณีที่จดทะเบียนสมรสแล้ว) (ถ้ามี)
4. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จำนวน 1 ฉบับ
5. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 1 ฉบับ
6. สำเนาประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ จำนวน 1 ฉบับ
7. สำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขารังสีวิทยา วินิจฉัย หรือสาขารังสีวิทยาทั่วไป หรือ เป็นผู้ที่มีสิทธิ์สอบเพื่อวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขารังสีวิทยา วินิจฉัย ในปีการศึกษานั้น จำนวน 1 ฉบับ
8. สำเนาหนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรม และรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก (ถ้ามี)
9. หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน จากผู้บังคับบัญชาและ/หรือ ผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิด จำนวน 2 ฉบับ

ลายเซ็นผู้สมัคร

วันที่ / /

หมายเหตุ : ใบสมัครนี้ใช้เป็นการภายในสำหรับ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเท่านั้น ผู้สมัครที่ต้องการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้าน อนุสาखा ของแพทยสภาต้องปฏิบัติตามระเบียบของแพทยสภาที่กำหนดไว้ในแต่ละปีการศึกษาด้วย

ส่วนที่ 1 : ส่งเอกสารแบบความจำนงเพื่อเข้ารับการคัดเลือกได้ด้วยตนเอง หรือจดหมายลงทะเบียน มาที่ฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ตึก 72 ปี ชั้นใต้ดิน เลขที่ 2 ถนนพรมานนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม.10700 (ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน)