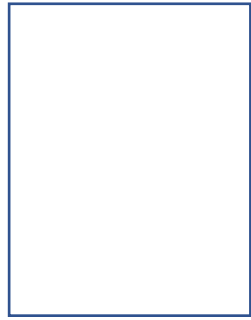


ใบสมัครฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด  
สาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า  
ประจำปีการศึกษา ..... รอบที่ .....



**ข้อมูลส่วนตัว**

- ๑. ชื่อ, สกุล (ภาษาไทย) .....
- ๒. ชื่อ, สกุล (ภาษาอังกฤษ) .....
- ๓. วัน เดือน ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี เลขบัตรประชาชน .....
- ๔. ที่อยู่ บ้านเลขที่ ..... อาคาร/ชั้น ..... หมู่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
- ๕. สถานภาพ  โสด  สมรส มีบุตร ..... คน

**การศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต**

- ๑. สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจากมหาวิทยาลัย ..... พ.ศ. ....
- ๒. คะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดปีการศึกษา (GPA) .....
- ๓. กิจกรรมที่เคยทำในขณะที่เรียน
  - ๓.๑ .....
  - ๓.๒ .....
  - ๓.๓ .....
- ๔. กรณีแพทย์ประจำบ้านต่อยอด จบวุฒิบัตรอายุรศาสตร์จากสถาบัน .....

**ข้อมูลการทำงาน**

- ๑. การปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ พ.ศ. .... สถานที่ .....
- ๒. ประสบการณ์ในการทำงาน
  - ๒.๑ .....
  - ๒.๒ .....
  - ๒.๓ .....
- ๓. สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาล..... เลขที่ ..... หมู่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
- ๔. ต้นสังกัด  อีสระ  ต้นสังกัด .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(.....)

วันที่ .....

## หลักฐานประกอบการสมัคร

- |                          |  |             |
|--------------------------|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> | รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว   | จำนวน ๒ รูป |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาทะเบียนบ้าน   | จำนวน ๒ ชุด |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน   | จำนวน ๒ ชุด |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาผลการศึกษาลดหลดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (Transcript)                             | จำนวน ๒ ชุด |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาใบปริญญาบัตร  | จำนวน ๒ ชุด |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม  | จำนวน ๒ ชุด |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร (สำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอด)                            | จำนวน ๒ ชุด |
| <input type="checkbox"/> | หลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบประกาศนียบัตร   | จำนวน ๒ ชุด |
| <input type="checkbox"/> | หนังสือแนะนำผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรม (recommend letter)<br>(ผู้สมัครไม่ต้องนำมาเอง) | จำนวน ๓ ชุด |

ได้ตรวจเอกสารดังกล่าวแล้ว

.....  
(.....)

วันที่ .....

เจ้าหน้าที่รับสมัคร

## หนังสือแนะนำผู้เข้ารับสมัครการฝึกอบรม

เอกสารแนะนำของ นพ./พญ. ....

ข้อมูลของผู้แนะนำ

๑. ชื่อ - สกุล .....
๒. ตำแหน่งวิชาการหรือตำแหน่งอื่น ๆ .....
๓. สถานที่ทำงาน โรงพยาบาล..... เลขที่ ..... หมู่  
..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....
๔. ความเกี่ยวข้องกับผู้เข้ารับสมัครการฝึกอบรม  
 หัวหน้างาน  ผู้ร่วมงาน  อาจารย์  อื่น ๆ .....

	ดีเยี่ยม (๕)	ดี (๔)	มาตรฐาน (๓)	พอใช้ (๒)	ปรับปรุง (๑)
<b>ความรู้ความชำนาญด้านการแพทย์</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• มีความรู้ในสาขาวิชาแพทยศาสตร์พื้นฐานและระดับคลินิก</li> <li>• ใช้ความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย</li> </ul>					
<b>การปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ความเข้าใจด้านระบบสุขภาพ</li> <li>• ปรับตัวให้เข้ากับระบบการทำงานของโรงพยาบาล</li> <li>• มีการประเมินความคุ้มค่าในการดูแลผู้ป่วย</li> </ul>					
<b>ความเป็นผู้นำ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• เป็นผู้นำในการทำกิจกรรมต่าง ๆ</li> <li>• ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์</li> <li>• การแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าในการปฏิบัติงาน</li> </ul>					
การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ					
การปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น					
<b>การเรียนรู้ต่อเนื่อง</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• มีการศึกษาความรู้เพิ่มเติมและนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย</li> <li>• ความสนใจและกิจกรรมวิชาการ</li> </ul>					
คุณธรรมและจริยธรรมวิชาชีพ					
บุคลิกภาพ					

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ

(.....)

วันที่ .....