



ติครูปถ่าย
ขนาด 2 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ฝึกหัด
ประจำปี พ.ศ ๒๕๖๐
รอบ ๒

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลส่วนตัว

- ชื่อ [] นาย [] นาง [] นางสาวนามสกุล.....
นามสกุลเดิม (ถ้ามี)เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
อายุ ปี สัญชาติ E-mail.....
- ภูมิลำเนา เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน
ตำบลอำเภอจังหวัด โทรศัพท์
- ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อทางไปรษณีย์ได้ทันที)
เลขที่ หมู่ที่ ซอยถนน..... ตำบล
อำเภอจังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
- ผู้ที่สามารถติดต่อได้โดยด่วนที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลการศึกษา

- กำลังศึกษาวิชาแพทยศาสตรบัณฑิตที่.....
ประเทศ.....สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตในเดือน.....พ.ศ.....
และรับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต ในเดือนพ.ศ.
- สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตรบัณฑิต จาก.....
ประเทศ.....พ.ศ.....
- ข้าพเจ้าได้ร่วม หรือเคยร่วมในกิจกรรมนอกหลักสูตรต่าง ๆ ขณะที่เป็นนักศึกษาแพทย์ที่สำคัญคือ.....
- เกียรติหรือรางวัลที่ข้าพเจ้าเคยได้รับ.....
- ข้าพเจ้าเล่นกีฬาต่อไปนี้
- รายละเอียดอื่น ๆ ที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการคัดเลือก
- นามอาจารย์หรือแพทย์ที่จะให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้า
[๑]
[๒]
[๓]
- ได้แนบใบสำคัญต่าง ๆ มาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วย คือ
[] ใบประเมินผลการศึกษา (Trancript) ในคณะแพทยศาสตร์
[] หนังสือรับรองจากคณะแพทยศาสตร์ว่าจะได้รับปริญญาบัตร ก่อนวันฝึกอบรม
[] สำเนาใบปริญญาบัตรแพทยศาสตรบัณฑิต

- [] สำเนาหนังสือที่แพทย์สภาก่อให้ว่าสถาบันที่กำลังศึกษาหรือสำเร็จการศึกษาได้รับการรับรองจากแพทยสภา
- [] สำเนาบัตรประชาชน
- [] สำเนาทะเบียนบ้าน
- [] ภาพถ่ายกายผู้สมัคร ขนาด ๒ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน
- [] สำเนาหนังสือสำคัญประจำตัวแสดงว่าผ่านการฝึกวิชาทหาร
- [] สำเนา สด. ๔๓
- [] สำเนาผลการสอบผ่าน ชั้นตอนที่ ๑ และหรือชั้นตอนที่ ๒ ในการประเมินความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ของแพทยสภา สำหรับผู้สอบผ่านเท่านั้น

๑๓. ขอจัดอันดับของโรงพยาบาลที่รับรองโดยแพทยสภา สำหรับเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานหลังปริญญาในฐานะแพทย์ฝึกหัด ภายหลังจากการศึกษาแพทยศาสตร์ ดังนี้

สถาบันที่ต้องการสมัคร

[๑]

[๒]

[๓]

(กรุณาเขียนให้ชัดเจน หากมีการแก้ไขต้องลงนามกำกับไว้ทุกครั้ง)

หมายเหตุ

๑. ผู้สมัครแพทย์ฝึกหัดเป็นที่กำลังศึกษาวิชาแพทย์ปีสุดท้าย เมื่อได้รับการคัดเลือกให้รายงานตัว ณ สถาบันที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อเข้าฝึกปฏิบัติงานในวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ หรือวันที่ ๑ เดือนสิงหาคม ๒๕๖๐ (โดยระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติงานจะต้องครบ ๑๒ เดือน) และให้ดำเนินการส่งหลักฐานว่าเป็นผู้สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ มายังสำนักงานเลขาธิการแพทยสภาภายในกำหนดเวลา ดังนี้

๑. ผู้ที่เข้าฝึกปฏิบัติงานในวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ให้ส่งหนังสือรับรองว่าเป็นผู้สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ที่ออกโดยสถาบันการศึกษาให้แพทยสภาก่อนวันเริ่มฝึกปฏิบัติงานและส่งสำเนาใบปริญญาบัตรที่สถาบันการศึกษาลงนามรับรองให้แพทยสภาภายในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๐

๒. ผู้ที่เข้าฝึกปฏิบัติงานในวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ ให้ส่งหนังสือรับรองว่าเป็นผู้สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ที่ออกโดยสถาบันการศึกษาให้แพทยสภาก่อนวันเริ่มฝึกปฏิบัติงาน และส่งสำเนาใบปริญญาบัตรที่สถาบันการศึกษาลงนามรับรองให้แพทยสภาภายในเดือนตุลาคม ๒๕๖๐

ทั้งนี้ หากพ้นกำหนดดังกล่าวแล้ว สำนักงานเลขาธิการแพทยสภายังไม่ได้รับหลักฐานว่าเป็นผู้สำเร็จการศึกษาจะถือว่าผลการคัดเลือกและการฝึกปฏิบัติงานที่ผ่านมาเป็นโมฆะ

๒. ภายหลังจากผู้ได้รับการคัดเลือกรายงานตัวหรือเริ่มฝึกปฏิบัติงานแล้ว ไม่อนุญาตให้ลาออกหรือขอย้ายสถาบัน

ลงชื่อ

(.....)

..... / /

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ชำระเงินตามใบเสร็จเล่มที่.....

เลขที่ วันที่

ลงชื่อผู้รับเงิน