



ใบสมัครเข้าฝึกอบรมและปฏิบัติงานโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะนาร่อง
สำหรับแพทย์ที่ไม่มีสัญญาการเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ พ.ศ.2569

วันที่ เดือน พ.ศ.



ติตรูป
ขนาด 2 นิ้ว

ข้อมูลส่วนบุคคล (โปรดเขียนตัวบรรจง)

1. ข้าพเจ้า ชื่อ นายแพทย์/แพทย์หญิง นามสกุล
เลขประจำตัวประชาชน
เกิดวันที่ อายุ ปี เชื้อชาติ สัญชาติ
ชื่อ - สกุลเดิม (กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงให้มีเอกสารแนบ)
โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่ หมู่บ้าน..... อาคาร (ชั้น)
หมู่ที่ ซอย..... ถนน.....
แขวง / ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (กรณีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านไม่ต้องกรอกเพิ่ม)

เลขที่ หมู่บ้าน..... อาคาร (ชั้น)
หมู่ที่ ซอย..... ถนน.....
แขวง / ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ข้อมูลผู้ปกครองที่ติดต่อได้รวดเร็ว

ชื่อ - สกุลผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น
เลขที่ หมู่บ้าน..... อาคาร (ชั้น)
หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....แขวง / ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

2. **คุณวุฒิการศึกษาวิชาแพทยศาสตรบัณฑิตจากสถาบันผลิตแพทย์ที่แพทยสภารับรอง**

ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จากสถาบัน

มหาวิทยาลัย.....ประเทศ.....

ออกให้เมื่อวันที่

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ออกให้เมื่อวันที่

กรณีสำเร็จการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และได้รับปริญญาบัตรจากสถาบันผลิตแพทย์ของภาครัฐหรือเอกชนในประเทศไทย หรือสถาบันผลิตแพทย์ในต่างประเทศที่แพทยสภารับรอง ต้องสำเร็จการศึกษามาแล้วไม่เกิน ๓ ปีปฏิทิน นับถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

ผ่านการประเมินครบทุกขั้นตอนจากศูนย์ประเมินรับรองความรู้ความสามารถตามมาตรฐานวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา (ศรว.) เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

กรณีที่อยู่ระหว่างรอการอนุมัติให้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา อนุมัติให้ยื่นสมัครได้ โดยต้องมีหนังสือรับรองการสอบผ่านตามเกณฑ์การประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม **ครบทุกขั้นตอน** จาก ศรว.

ข้อมูลที่ต้องทราบ (โปรดอ่านโดยละเอียด)

1. เป็นแพทย์ที่ไม่ต้องทำสัญญาการเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาแพทยศาสตร์
2. ข้าพเจ้าขอให้ความยินยอมว่าจะปฏิบัติตามข้อกำหนดของแพทยสภาดังต่อไปนี้
 - (1) จะฝึกอบรมและปฏิบัติงานเต็มเวลาตลอด 12 เดือน โดยที่ไม่ใช่ชื่อไปเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาล (หมอแขวนป้าย) หรือไม่ไปประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสถานพยาบาลแห่งหนึ่งแห่งใด
 - (2) จะทบทวนความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่ได้ศึกษามาในขณะที่เป็นนิสิตนักศึกษาแพทย์ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการฝึกอบรมและปฏิบัติงานให้เป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่มีความรู้ความสามารถ และจะรักษากฎจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษากฎจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมในการปฏิบัติงานและดูแลรักษาผู้ป่วย
 - (3) ข้าพเจ้าจะตั้งใจรับผิดชอบการฝึกอบรมและปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะตามที่แพทยสภาและสถาบันที่จะเข้าฝึกอบรมกำหนด

กรณีที่เลือกได้สถาบันที่ข้าพเจ้าจะสมัครเข้าฝึกอบรมและปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ คือ

(ชื่อสถาบันอันดับ 1)

(ชื่อสถาบันอันดับ 2)

หมายเหตุ: สถาบันที่สมัครเข้าฝึกอบรมจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับแพทยสภาทราบเท่านั้น

ไม่ได้เป็นข้อผูกมัดในการจัดสรรสถาบันในรอบการคัดเลือกด้วยวิธีการจับฉลาก

(4) ข้าพเจ้ายินยอมประเมินสุขภาพจิตตนเอง โดยตอบแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข หรือยินยอมให้แพทย์สภาและสถาบันฯ ประเมินสุขภาพจิตอีกครั้ง

(5) ข้าพเจ้ายินยอมประเมินคุณสมบัติตนเอง โดยตอบแบบประเมินคุณลักษณะการเข้าฝึกอบรมและปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ

(6) ข้าพเจ้าตั้งใจที่จะเป็นผู้ที่มีทักษะที่ดีทั้งในการสื่อสารและการทำงานกลุ่ม เสียสละเพื่อส่วนรวม รู้รักสามัคคี ทั้งกับอาจารย์และบุคลากรทางการแพทย์ รักษาชื่อเสียงของสถาบันฯ และมุ่งมั่นที่จะฝึกอบรมให้จบสิ้นภายในเวลา 12 เดือน

(7) ระหว่างการฝึกอบรมและปฏิบัติงานหากมีความจำเป็นข้าพเจ้ายินยอมให้สถาบันตรวจสอบสุขภาพจิต พร้อมชำระค่าธรรมเนียมการดำเนินการดังกล่าวตามที่สถาบันกำหนด

(8) ค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายสำหรับการสมัครเข้าฝึกอบรมฯ ให้ชำระโดยโอนเงินเข้าธนาคาร ไทยพาณิชย์จำกัด (มหาชน) บัญชีออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 319- 299888-2 ชื่อบัญชี โครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ กทม. สาขางามวงศ์วาน เมื่อชำระค่าธรรมเนียมดังกล่าวแล้ว หากมีเหตุใดที่ทำให้ข้าพเจ้าสละสิทธิการสมัครสอบ จะไม่สามารถเรียกคืนได้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ก็ตาม

8.1 ค่าใบสมัคร 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

8.2 ค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกอบรมฯ จำนวน 150,000 บาท (หนึ่งแสนห้าหมื่นบาทถ้วน) ให้ชำระในวันจับฉลากหลังจากประกาศผลการคัดเลือก

(9) ส่งหนังสือยืนยันเข้ารับการฝึกอบรมและปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะในวันที่ทราบผลการคัดเลือก (หนังสือฯ จะมอบให้ในวันจับฉลาก)

(10) ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากไม่ผ่านการประเมินภายใน 12 เดือน สถาบันมีสิทธิที่จะให้ปฏิบัติงานเพิ่มเติมต่ออีกได้ไม่เกิน 3 เดือนโดยนับรวมในหลักสูตร แต่จะไม่ได้รับค่าตอบแทน หากครบระยะเวลา 3 เดือนแล้ว ยังไม่ผ่านการประเมินให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่ผ่านการฝึกอบรมและปฏิบัติงาน ไม่สามารถนำเวลาที่เคยฝึกอบรมและปฏิบัติงานมาใช้ได้อีก โดยให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าไม่เคยฝึกอบรมและปฏิบัติงานเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะฯ มาก่อน

(11) สามารถดูรายละเอียดของสถาบันที่ปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะนาร่องฯ ได้ที่เว็บไซต์ www.tmc.or.th



(12) การส่งใบสมัคร

ให้ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานสำคัญทั้งหมด **จำนวน 2 ชุด** คือ ต้นฉบับ 1 ชุด และสำเนา 1 ชุด มาที่แพทยสภา **ภายในวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2569** (ตามวันเวลาทำการ) หากเกินเวลาที่กำหนดจะถือว่า**การสมัครเข้าโครงการฯ เป็นโมฆะ**

สามารถส่งใบสมัครได้โดย

1. นำส่งด้วยตนเองที่สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา อาคารมหิตลathiเบสร์ ชั้น 12
2. ทางไปรษณีย์ตามที่อยู่

สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา อาคารมหิตลathiเบสร์ ชั้น 12 เลขที่ 88/19 ซอยสาธารณสุข 8
กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์
0 2590 1880 (วงเล็บมุมซอง โครงการนำร่อง ฯ)

(13) ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานใบสำคัญต่าง ๆ มาตามรายการและได้ดำเนินการตามขั้นตอนตามที่ระบุไว้
ท้ายใบสมัครนี้แล้วอย่างครบถ้วนทุกประการ เพื่อประกอบการพิจารณา **รวมทั้งหมด** รายการ ดังนี้

- 1. ภาพถ่ายผู้สมัคร ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน ไม่สวมหมวกหรือแว่นตาดำ ขนาด 2 นิ้ว 2 รูป
- 2. สำเนาบัตรประชาชน
- 3. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (เฉพาะในกรณีที่เปลี่ยนชื่อ-สกุล)
- 4. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 5. สำเนาปริญญาบัตรแพทยศาสตรบัณฑิต
- 6. สำเนาแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (Transcript)
- 7. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- 8. หนังสือรับรองว่าเป็นผู้สอบผ่านตามเกณฑ์การประเมินฯ จาก ศรว. ทุกขั้นตอน
- 9. หนังสือยินยอมของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ให้สมัครเข้าฝึกอบรมและปฏิบัติงาน
เพิ่มพูนทักษะนำร่องฯ
- 10. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- 11. แบบประเมินคุณลักษณะการเข้าฝึกอบรมและปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะนำร่องฯ
- 12. หลักฐานการโอนเงินค่าใบสมัคร 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลทั้งหมดและยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดของแพทยสภาโดยเคร่งครัด และขอ ยืนยันว่าข้อมูลที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครนี้เป็นจริง รวมทั้งเอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครถูกต้องตามกฎหมาย ทุกประการ หากภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของแพทยสภา หรือขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ข้าพเจ้ายินยอมให้สถาบันที่ปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะและแพทยสภาตัดหรือเพิกถอนสิทธิการเป็นแพทย์เพิ่มพูน ทักษะนาร่องฯ แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกหรือเริ่มเข้ารับการฝึกอบรมและปฏิบัติงานมาแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่า อาจจะถูกดำเนินการตามกฎหมายด้วย

ลงนาม แพทย์ผู้สมัคร

(นพ./พญ.)

ลงนาม พยาน

(.....)

ลงนาม พยาน

(.....)

ใบสมัคร 2 ชุด

โปรดตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนก่อนส่งใบสมัคร

หนังสือยินยอมของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ให้สมัครเข้าฝึกอบรมและปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะนาร่องฯ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 2569

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....

เป็น บิดา/มารดา / ผู้ปกครอง (เกี่ยวข้องเป็น).....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่ หมู่บ้าน / อาคาร, ชั้น

หมู่ที่..... ซอย.....

ถนน..... แขวง / ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ 1.....

โทรศัพท์มือถือ 2

E-mail.....

ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมให้ นพ. / พญ.

สมัครเข้ารับการฝึกอบรมและปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ ในโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะนาร่อง

สำหรับแพทย์ที่ไม่มีสัญญาการเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ ประจำปี พ.ศ. 2569

ลงชื่อ ผู้ปกครอง

(.....)

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต

นพ./พญ. ชื่อ-นามสกุล.....ใบอนุญาตฯ เลขที่

(กรุณาทำเครื่องหมาย “ ○ ” ตรงตัวเลข เพื่อเลือกคำตอบของท่าน)

เกณฑ์ให้คะแนน : ไม่มีเลย = 0 , เป็นบางวัน = 1 , เป็นบ่อย = 2 , เป็นทุกวัน = 3

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (> 7 วัน)	เป็นทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวยึดหัวง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมแต่ละช่อง				
รวมคะแนนทั้งหมด				

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

หากท่านตอบว่า ถูกרבกวนด้วย ปัญหาข้อใด ๆ ข้างต้น

ปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดความ **ยุ่งยาก** แก่ท่านมากน้อยเพียงใดในการทำงาน การดูแลตนเองที่บ้านหรือการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมที่ตรงกับข้อเท็จจริงของท่าน

ไม่ยุ่งยากเลย ยุ่งยากเล็กน้อย ยุ่งยากมาก ยุ่งยากมากที่สุด

หากคะแนน 9Q ≥ 19 ไม่รับสมัครเข้ารับฝึกอบรม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้ข้อมูลนี้ เพื่อใช้ประกอบการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะนำร่องฯ

ลงนาม.....แพทย์ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

แบบประเมินคุณลักษณะการเข้าฝึกอบรมและปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะนาร่อง

นพ./พญ. ชื่อ-นามสกุล.....ใบอนุญาตฯ เลขที่

ท่านเห็นด้วยกับข้อความต่างๆ ที่กล่าวถึงคุณสมบัติของท่านเองในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

(กรุณาทำเครื่องหมาย “ ○ ” ตรงตัวเลข เพื่อเลือกคำตอบของท่าน)

4 = เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่ , 3 = เห็นด้วยปานกลาง , 2 = เห็นด้วยเล็กน้อย , 1 = ไม่เห็นด้วย

คุณลักษณะการเข้าฝึกอบรมและปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ	เห็นด้วย เป็นส่วนใหญ่	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่เห็นด้วย
1. ข้าพเจ้ามุ่งหวังที่จะฝึกอบรมและปฏิบัติงานให้จบใน 1 ปี ตามหลักสูตรที่สถาบันกำหนด	4	3	2	1
2. ข้าพเจ้าตั้งใจทำงานอย่างเต็มที่เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตนเอง	4	3	2	1
3. ข้าพเจ้าชอบทำงานที่ท้าทายความสามารถ	4	3	2	1
4. ข้าพเจ้ามีการตัดสินใจที่เด็ดเดี่ยวเมื่อมั่นใจว่า สิ่งที่ทำนั้นถูกต้อง	4	3	2	1
5. ข้าพเจ้าปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบ อย่างครบถ้วน มีคุณภาพและตรงเวลา	4	3	2	1
6. ข้าพเจ้าพร้อมที่จะรับผิดชอบ ถ้าตนเองทำผิดพลาด	4	3	2	1
7. ข้าพเจ้ามีเป้าหมายชัดเจนที่จะใส่ใจในการฝึกอบรมและปฏิบัติงาน	4	3	2	1
8. ข้าพเจ้าอยากรู้อยากเห็นอยากทำ ในเรื่องความรู้การทำหัตถการใหม่ๆ	4	3	2	1
9. ก่อนจะลงจากหอผู้ป่วย ข้าพเจ้าจะตรวจสอบความครบถ้วน ของงานที่ได้ทำไปเสมอ	4	3	2	1
10. ถ้ารู้สึกว่าการฝึกอบรมในสาขาวิชาใดยังไม่ดี ข้าพเจ้าจะใช้ ความพยายามมากขึ้น และปรึกษาหาทางแก้ไขกับอาจารย์แพทย์ที่ปรึกษา	4	3	2	1
11. ไม่ว่าจะทำงานอะไรก็ตาม ข้าพเจ้าจะพยายามทำให้ดีจนสุดความสามารถ	4	3	2	1
คะแนนรวมแต่ละช่อง				
รวมคะแนนทั้งหมด				

ข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้ข้อมูลนี้ เพื่อใช้ประกอบการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะนาร่องฯ

ลงนาม.....แพทย์ผู้ให้คำยินยอม

(.....)