



รูปถ่าย 2 นิ้ว
2 รูป

เลขที่.....

คำขอสมัครสอบหนังสืออนุมติและวุฒิปัตร์แสดงความรู้ความชำนาญ
ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประจำปี พ.ศ. 2556

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ [] นาย [] นาง [] นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

นามสกุลเดิม.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....สัญชาติ.....

ชื่อ - นามสกุล(ภาษาอังกฤษ)

เลขที่บัตรประชาชน []-[] [] [] [] []-[] [] [] [] []-[] [] []-[] ออกโดย.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ที่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

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

ที่ทำงาน โรงพยาบาล.....เลขที่.....ซอย.....ถนน.....

.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส

ไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

สถานที่ที่ติดต่อได้ทันที [] ที่บ้าน [] ที่ทำงาน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....

สมัครสอบ [] หนังสืออนุมติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

สาขา.....

[] วุฒิปัตร์แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

สาขา.....

ใบเสร็จเล่มที่...../เลขที่.....

ลงชื่อ.....

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)

โดยที่

สอบวุฒิบัตรฯ

- [] ผ่านการอบรมเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมครบตามหลักสูตรของ
แพทยสภา(Training Program) สาขา.....
จาก.....
- [] ผ่านการอบรมตามโครงการร่วมของแพทยสภา (สถาบันจากต่างจังหวัดร่วมกับสถาบันการฝึก อบรมที่
แพทยสภารับรอง) ระหว่างโรงพยาบาล.....
และ.....
- [] ปฏิบัติงานในสาขาประเภทที่ 1 ตามเงื่อนไขที่ราชวิทยาลัย/วิทยาลัย/สมาคมวิชาชีพนั้น ๆ กำหนด
โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการแพทยสภา ในสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่
ราชวิทยาลัย/วิทยาลัยนั้น ๆ รับรองโดยความเห็นชอบของแพทยสภาโดยมีระยะเวลาการปฏิบัติ
งานไม่น้อยกว่าระยะเวลาของหลักสูตร
- [] ปฏิบัติงานในสาขาประเภทที่ 2 ตามเงื่อนไขที่ราชวิทยาลัย/วิทยาลัย/สมาคมวิชาชีพนั้น ๆ กำหนด
โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการแพทยสภา ในสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่
ราชวิทยาลัย/วิทยาลัย/สมาคมวิชาชีพนั้น ๆ รับรองโดยความเห็นชอบของแพทยสภา โดยมีระยะ
เวลาในการปฏิบัติงานมากกว่าระยะเวลาของหลักสูตรไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีระยะเวลาในการ
ปฏิบัติงานเฉพาะในสาขาประเภทที่ 2 เป็นเวลาไม่น้อยกว่าระยะเวลาของหลักสูตรการฝึกอบรม
สาขานั้น

สอบหนังสืออนุมัติฯ

- [] ปฏิบัติงานในสาขานั้น ๆ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี
- [] ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากต่างประเทศ
สาขา.....จากประเทศ.....

ประวัติการศึกษา การปฏิบัติงาน และการฝึกอบรม

จบแพทยศาสตรบัณฑิตเมื่อ พ.ศ.จบจากสถาบัน..... เข้า
โครงการเพิ่มพูนทักษะฯ ที่โรงพยาบาล.....ตั้งแต่วันที่.....
ถึง.....

การปฏิบัติงานหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

โรงพยาบาล	ตำแหน่ง	สาขาวิชา	ตั้งแต่วันที่	ถึง

การฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง

โรงพยาบาล	ตำแหน่ง	สาขาวิชา	ตั้งแต่	ถึง

การปฏิบัติงานเพื่อสอบวุฒิบัตรฯ / หรือหนังสืออนุมัติฯ

โรงพยาบาล	ตำแหน่ง	สาขาวิชา	ตั้งแต่	ถึง

และได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาพร้อมคำขอนี้

- รูปถ่ายภายในระยะ 2 ปี ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 2 ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 2 ฉบับ
- สำเนาการเปลี่ยนชื่อ และนามสกุล (ถ้ามี) จำนวน 2 ฉบับ
- หนังสือรับรองฉบับจริง**จากสถาบันฝึกอบรมว่าจะครบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 ก่อนวันสอบ พร้อมสำเนาจำนวน 1 ชุด
- หนังสือรับรองฉบับจริง** จากสถาบันฝึกอบรมว่าจะครบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านปีที่ 4 ก่อนวันสอบ พร้อมสำเนา จำนวน 1 ชุด
- หนังสือรับรองฉบับจริง** จากผู้บังคับบัญชาว่าได้ปฏิบัติงานในสาขาประเภทที่ 2 ตามเงื่อนไขที่ราชวิทยาลัย/วิทยาลัย/สมาคมวิชาชีพนั้น ๆ กำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการแพทยสภา ในสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ราชวิทยาลัย/วิทยาลัย/สมาคมวิชาชีพนั้น ๆ รับรองโดยความเห็นชอบของแพทยสภา โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่าระยะเวลาของหลักสูตรไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉพาะสาขานั้นเป็นเวลาไม่น้อยกว่าระยะเวลาของหลักสูตรการฝึกอบรมสาขานั้น พร้อมสำเนา 1 ชุด
- หนังสือรับรองฉบับจริง** จากผู้บังคับบัญชาว่าปฏิบัติงานในสาขาประเภทที่สมัครสอบตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป พร้อมสำเนา 1 ชุด
- หลักฐานต่าง ๆ ที่ได้รับการอบรมจากต่างประเทศ จำนวน ฉบับ
- ขอบจดหมายเจ้าหน้าที่ของท่านเองพร้อมติดแสตมป์ จำนวน 5 บาท ให้เรียบร้อยทั้ง 2 ของ

สถานที่ปฏิบัติงานหลังจากจบการฝึกอบรม หรือได้รับหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรฯ แล้ว

โรงพยาบาล/คลินิก.....แขวง/ตำบล.....

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

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

หมายเหตุ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านข้อความในประกาศรับสมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขานี้เข้าใจแล้ว หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติในข้อใดข้อหนึ่ง หรือหากตรวจพบในภายหลังว่าข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้คัดหรือเพิกถอนสิทธิ์จากการสมัครสอบและผลการสอบในครั้งนี้ แม้ว่าจะได้สอบผ่านแล้วก็ตาม

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....

การชำระเงินค่าสมัครสอบ

1. เงินสด (กรณีมาสมัครด้วยตนเอง)
2. โอนเงินเข้าบัญชี แพทยสภา เลขที่บัญชี 340 – 2 – 01174 – 4 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาย่อยกระทรวง สธ. พร้อมแนบสำเนาการโอนเงินมาพร้อมใบสมัคร

กำหนดการรับสมัครสอบ

รับสมัครตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม – 29 มีนาคม 2556

หมายเหตุ 1. ค่าขอ (100 บาท) และเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ทั้งหมด รวมเป็น 2 ชุด ส่งมาที่ สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา ชั้น 7 อาคาร 6 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซอยบาราसनราตุร ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร.0-2590-1880, 086 – 081 1208

2. ค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบจะไม่คืนเงินไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น