รูปถ่าย
2 นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการสรรหาผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์

วาระ พ.ศ. 2561 – 2564

ชื่อ – นามสกุล ....อายุ.............. ปี

ใบอนุญาตใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ ....

ภูมิลำเนาปัจจุบัน ....

E-mail .... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก ....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในปัจจุบัน (หากมีมากกว่าหนึ่งแห่ง ระบุเพียงหนึ่งแห่งที่ปฏิบัติหน้าที่ประจำ หากไม่ได้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว ให้ระบุว่า ไม่ได้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว) ....

....

สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์บัณฑิตจาก ....

- หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  สาขา / อนุสาขา ....

....

- วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  สาขา / อนุสาขา ....

....

- วุฒิการศึกษาอื่น ๆ ....

....

บทความแสดงวิสัยทัศน์/อนาคตของ ศ.น.พ. ที่ท่านจะดำเนินการเพื่อสื่อไปยังคณะรรมการบริหารการศึกษาต่อเนื่อง (ความยาวไม่เกิน 1 หน้า A4)

....

....

....

....

....

....

.

(....)

วันที่ .... / .... / ....