



ติครูบถ่าย
ขนาด 2 นิ้ว

ใบสมัครแพทย์ฝังเข็ม

ประจำปี พ.ศ ๒๕๖๐

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลส่วนตัว

๑. ชื่อ [] นาย [] นาง [] นางสาวนามสกุล.....
นามสกุลเดิม (ถ้ามี)เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
อายุ ปี สัญชาติ E-mail.....
๒. ภูมิลำเนา เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน
ตำบลอำเภอจังหวัด โทรศัพท์
๓. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อทางไปรษณีย์ได้ทันที)
เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน..... ตำบล
อำเภอจังหวัดรหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
๔. ผู้ที่สามารถติดต่อได้โดยด่วน
ที่อยู่
โทรศัพท์.....

ข้อมูลการศึกษา

๕. กำลังศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ปีที่.....
ประเทศ.....สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตในเดือน.....
พ.ศ.และรับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต ในเดือนพ.ศ.
๖. สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตรบัณฑิต จาก.....
ประเทศ.....พ.ศ.....
๗. ข้าพเจ้าได้ร่วม หรือเคยร่วมในกิจกรรมนอกหลักสูตรต่าง ๆ ขณะที่เป็นนักศึกษาแพทย์ที่สำคัญคือ
.....
.....
๘. เกียรติหรือรางวัลที่ข้าพเจ้าเคยได้รับ.....
.....
๙. ข้าพเจ้าเล่นกีฬาต่อไปนี้
.....
๑๐. รายละเอียดอื่น ๆ ที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการคัดเลือก
.....

๑๑. นามอาจารย์หรือแพทย์ที่จะให้คำแนะนำเพิ่มเติม เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้า

[๑]

[๒]

[๓]

๑๒. ได้แนบใบสำคัญต่าง ๆ มาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วย คือ

[] ใบประเมินผลการศึกษา (Trancript) ในคณะแพทยศาสตร์

[] หนังสือรับรองจากคณะแพทยศาสตร์ว่าจะได้รับปริญญาบัตร ก่อนวันฝึกอบรม

[] สำเนาใบปริญญาบัตรแพทยศาสตรบัณฑิต

[] สำเนาหนังสือที่แพทยสภาออกให้ว่าสถาบันที่กำลังศึกษาหรือสำเร็จการศึกษาได้รับการรับรองจากแพทยสภา

[] สำเนาบัตรประชาชน

[] สำเนาทะเบียนบ้าน

[] ภาพถ่ายกายผู้สมัคร ขนาด ๒ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน

[] สำเนาหนังสือสำคัญประจำตัวแสดงว่าผ่านการฝึกวิชาทหาร

[] สำเนา สด. ๔๓

[] สำเนาผลการสอบผ่าน ชั้นตอนที่ ๑ และหรือชั้นตอนที่ ๒ ในการประเมินความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ของแพทยสภา

๑๓. ขอจัดอันดับของโรงพยาบาลที่รับรองโดยแพทยสภา สำหรับเป็นสถานที่ฝึกอบรมเป็นแพทย์ฝึกหัดภายหลังจากจบการศึกษาแพทยศาสตร์ ดังนี้

สถาบันที่ต้องการสมัคร

[๑]

[๒]

[๓]

(กรุณาเขียนให้ชัดเจน หากมีการแก้ไขต้องลงนามกำกับไว้ทุกครั้ง)

หมายเหตุ

ผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรมเป็นผู้ที่กำลังศึกษาวิชาแพทย์ปีสุดท้าย เมื่อได้รับการคัดเลือกเข้าฝึกอบรมแล้ว จะต้องส่งสำเนาใบปริญญาบัตรแพทยศาสตรบัณฑิต ที่รับรองโดยหน่วยงานที่ออกใบปริญญาบัตร ให้สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา โดยผู้ที่เข้าฝึกอบรมในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๐ จัดส่งภายในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐ สำหรับผู้เข้ารับการฝึกอบรมในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๐ จัดส่งภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ หากพ้นกำหนดดังกล่าวแล้ว สำนักงานเลขาธิการแพทยสภายังไม่ได้รับจะถือว่าผลการคัดเลือกและการฝึกอบรมที่ผ่านมาเป็นโมฆะ

ลงชื่อ
(.....)
..... / /

| |
|--------------------------------|
| เฉพาะเจ้าหน้าที่ |
| ชำระเงินตามใบเสร็จเล่มที่..... |
| เลขที่ วันที่ |
| ลงชื่อผู้รับเงิน |