ที่ สธ ๐๔๑๕.๒๔/ว ๒๘

สถาบันบำราศนราดูร
๓๘ ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ
อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

๔ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบประกาศรับสมัครแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓

ด้วยสถาบันบำราศนราดูร จะรับสมัครแพทย์เพิ่มพูนทักษะ รุ่นที่ ๕ ประจำปี ๒๕๖๓ จะเปิดรับสมัครแพทย์เพิ่มพูนทักษะประจำปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑๒ อัตรา

สถาบันบำราศราดูร มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๖ ซึ่งกำลังศึกษาและจะสำเร็จการศึกษาในปี ๒๕๖๓ ทราบเพื่อเป็นข้อมูลในการประกอบการตัดสินใจเลือกสถานที่ปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะต่อไป ทั้งนี้ ผู้สนใจสามารถดูกำหนดการ และรายละเอียดการรับสมัครได้ที่ https://ddc.moph.go.th หรือ http://bamras.ddc.moph.go.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ปิดประกาศและประชาสัมพันธ์ให้นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๖ ทราบโดยทั่วกัน จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอภิชาต วชิรพันธ์)
ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

งานฝึกอบรม
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๓๖๔๕, ๓๔๗๕

ประกาศสถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค

เรื่อง การรับสมัครแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ประจำปี ๒๕๖๓

๑. รับแพทย์เพิ่มพูนทักษะจำนวน ๑๒ อัตรา

๒. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๒.๑ สัญชาติไทยโดยกำเนิด อายุไม่เกิน ๓๐ ปี นับถึงวันสมัคร

๒.๒ ผ่านการสอบจากศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ศ.ร.ว) ของแพทยสภา ขั้นตอนที่ ๑ ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน (basic medical sciences) และขั้นตอนที่ ๒ ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (Clinical sciences)

๒.๓ นักศึกษาแพทย์ที่จบจากสถาบันภายในประเทศไทย และต้องมีต้นสังกัดในการส่งตัวเพิ่มพูนทักษะ

๒.๔ ไม่เป็นผู้ประพฤติเสื่อมเสีย ทั้งเรื่องส่วนตัว การศึกษา การปฏิบัติงาน และศีลธรรม

๒.๕ ไม่เป็นผู้เสพยาเสพติด หรือสารเคมีเสพติดให้โทษ

๒.๖ ไม่มีประวัติหรืออยู่ในระหว่างการดำเนินคดีอาญา

๒.๗ มีสุขภาพร่างกายและจิตที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน

๒.๘ หากคุณสมบัติไม่เข้าข้อหนึ่งข้อใดข้างต้นให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการและผู้อำนวยการสถาบัน

๓. หลักฐานการสมัคร

๓.๑ ใบสมัครแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่กรอกข้อมูลเรียบร้อย (ตามแบบฟอร์ม)

๓.๒ รูปถ่ายสีหรือขาวดำ เห็นใบหน้าตรงชัดเจน ไม่สวมแว่นตา ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป ติดกับใบสมัครตัวจริง (ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)

๓.๓ สำเนาใบรับรองการศึกษา (Transcript) ปี ๑-๕ หรือล่าสุด

๓.๔ สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๕ สำเนาทะเบียนบ้านตนเอง จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๖ หนังสือรับรองการความเป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๖ จากสถาบันที่กำลังศึกษาอยู่ในปัจจุบัน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๗ ผลการสอบประเมินและรับรองความรู้ ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ศ.ร.ว) ของแพทยสภา ขั้นตอนที่ ๑ และ ขั้นตอนที่ ๒

๓.๘ หนังสือรับรองจากต้นสังกัดที่ส่งตัวเพิ่มพูนทักษะ (ให้นำส่งในวันสอบสัมภาษณ์)

หมายเหตุ**นำหลักฐานตัวจริง ข้อ ๓.๓-๓.๘ มาในวันสอบสัมภาษณ์**

กำหนดวันรับสมัคร

เปิดรับสมัคร ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๒ ถึง ๒๔ มกราคม ๒๕๖๓ ในวันและเวลาราชการ ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

วิธีสมัคร

๑. ผู้สมัครสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มใบสมัครที่ http://bamras.ddc.moph.go.th

๒. เอกสารการรับสมัครต้องส่งให้ครบภายในวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๓

๓. นำส่งเอกสารด้วยตนเองที่งานการเจ้าหน้าที่ สถาบันบำราศนราดูร ตึกอำนวยการชั้น ๒ (คุณวิไลวรรณ) โทร ๐๒-๕๙๐-๓๔๗๑

๔. จัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์ที่งานการเจ้าหน้าที่ สถาบันบำราศนราดูร เลขที่ ๓๘ หมู่ ๔ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

แจ้งรายชื่อผู้สมัครที่เข้าสู่ระบบการคัดเลือกทางโทรศัพท์หรือ อีเมล์ และตรวจสอบรายชื่อได้ทาง http://bamras.ddc.moph.go.th ในวันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๓

กำหนดการสอบสัมภาษณ์

สถานที่และวันเวลาสัมภาษณ์ วันพฤหัสบดีที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๔๖๓ และวันศุกร์ที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๔๖๓ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น. ห้องประชุมมรกต อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น ๗

ประกาศผลการคัดเลือก

สถาบันจะแจ้งให้ทราบภายหลังทางโทรศัพท์และอีเมล์ และสามารถตรวจสอบรายชื่อได้ทาง http://bamras.ddc.moph.go.th

ติดต่อสอบถาม (ในวันและเวลาราชการ)

พญ วรรณรัตน์ พงศ์พิรุฬห์ ๐๘๕-๙๕๑-๕๒๘๑

น.ส. ชลิตา กระออมแก้ว ๐๙๕-๕๖๘-๙๖๙๖

ติดรูปถ่าย
๑ นิ้ว

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะในกระทรวงสาธารณสุข
สำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะสถาบันบำราศนราดูร ประจำปี ๒๕๖๓

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
<u>ประวัติการศึกษา</u>
โรงเรียนชั้นมัธยมปลาย.....จังหวัด.....
สถาบันการศึกษาแพทย์.....
ปีที่เข้ารับการศึกษา พ.ศ.....จบการศึกษา พ.ศ.....
หากยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คาดว่าจะได้รับเดือน .....
และขณะนี้ ผ่าน NL ขั้นที่.....
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้.....
โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์บ้าน.....
E-Mail.....Line ID.....
กรณีที่ฉุกเฉินบุคคลที่สามารถติดต่อได้.....เกี่ยวข้องกับผู้สมัคร.....
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
ได้รับทุนจากต้นสังกัด.....

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....