



ประกาศสถาบันบำราศนราดูร
เรื่อง ประกาศผลการคัดเลือกแพทย์เพิ่มพูนทักษะ
ประจำปี ๒๕๖๔

ตามที่ได้มีประกาศสถาบันบำราศนราดูร เรื่องรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ประจำปี ๒๕๖๔ นั้น

บัดนี้ การดำเนินการคัดเลือกแพทย์เพิ่มพูนทักษะเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือก และการรายงานตัว ดังต่อไปนี้

ก. รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	สถาบันการศึกษา
๑	นายกัญจน์ชนก ประสทธิเมตต์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๒	นางสาวสิริภัทร ประภพรัตนกุล	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๓	นายปรเมศวร์ อมรทศพรพงศ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๔	นางสาวเจษฎาภา พิเชียรสุนทร	ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
๕	นายฉัตรพล สมุทรพงศ์ธร	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๖	นายกษิต์เดช ตันจาตุรนต์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๗	นางสาวณัฐธิดา มหากิจ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๘	นางสาวกมล ทวีวิทยรัศม์	ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
๙	นายกษิตศ บ้องขันธุ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๑๐	นางสาวณิชาธิชา วิไลสกุลยง	รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๑	นายวสิษฐ์ วงศ์ตระกูล	ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๒	นายภาสวุฒิ ศิริทองถาวร	ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๓	นายณัฐวิษ วัจวิวัฒน์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข. การรายงานตัว

ให้ผู้ที่มีรายชื่อผ่านการคัดเลือก มารายงานตัวเข้าเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ดังนี้

กำหนดการณ์	วัน และเวลา	สถานที่
๑. มารายงานตัว	วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๓๐ น.	ณ ห้องประชุมมรกต อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ ชั้น ๗
๒. เข้ารับการปฐมนิเทศ	วันที่ ๒๔-๒๕, ๒๗-๒๘ และ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔ (๕ วัน) เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.	ณ ห้องประชุมมรกต อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ ชั้น ๗

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกส่งแบบตอบรับที่แนบท้ายประกาศยืนยันการเข้าฝึกโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ
มายังอีเมล bamrastraining@gmail.com ภายในวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๔

หมายเหตุ หากไม่มารายงานตัวและปฐมนิเทศในวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๔ จะถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายอภิชาติ วชิรพันธ์)

ผู้อำนวยการสถาบันปราชญ์ราช



แบบตอบรับการเข้าฝึกโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

(เขียนที่).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอส่งแบบตอบรับเข้าฝึกโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราดูร

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

ต้นสังกัด.....สถาบัน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน).....(มือถือ).....

E-mail:

เป็นผู้ผ่านการสอบคัดเลือกแพทย์เพิ่มพูนทักษะ สถาบันบาราศนราดูร ขอส่งแบบตอบรับเพื่อยืนยันการเข้าฝึกโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ณ สถาบันบาราศนราดูร และจะมารายงานตัวตามวัน และเวลาที่กำหนด

หากต่อมาภายหลังข้าพเจ้าไม่มา หรือละทิ้ง หรือสละสิทธิ์ ไม่เข้ารายงานตัวเพื่อเข้าฝึกโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะตามวัน และเวลาที่กำหนดไว้ ข้าพเจ้ายินยอมให้สถาบันบาราศนราดูรตัดสิทธิ์ในการเข้าร่วมโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....

(.....)