



โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
สภากาชาดไทย

ลำดับที่

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน
แพทย์สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงอาชีวเวชศาสตร์
สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา กรมควบคุมโรค และ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
รอบที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๔

๑. ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ตำแหน่ง.....
ภาษาอังกฤษ (ตัวบรรจง).....
๒. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....กรุ๊ปเลือด.....
๓. เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
๔. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้สะดวก ชื่อที่พัก.....หมายเลขห้องพัก.....
เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....มือถือ.....
Email address:ID Line:
๕. ชื่อสามี/ภรรยา.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....
๖. ชื่อบิดา.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....
๗. ชื่อมารดา.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....
๘. จบแพทย์ที่สถาบัน.....ปี พ.ศ.ที่จบ.....GPA.....
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....เบอร์โทรศัพท์.....
๙. ประวัติการศึกษา

ระดับ	สถานที่ศึกษา	สำเร็จชั้น	เมื่อ พ.ศ.	GPA
๑.๑ ประถมศึกษา				
๑.๒ มัธยมศึกษา				
๑.๓ มหาวิทยาลัย				
๑.๔ สถาบันอื่น ๆ				

๑๐. ประวัติการทำงานหลังจากจบจากคณะแพทยศาสตร์

ชื่อและที่อยู่ของสถานที่ทำงาน	วันเดือนปีทำงาน		เหตุผลและลักษณะของการลาออก
	จาก	ถึง	
๑.			
๒.			
๓.			
๔.			
๕.			

๑๑. สถานภาพในการสมัครเข้าฝึกอบรม

- ☐ มีต้นสังกัด ระบุ.....
- ☐ ไม่มีต้นสังกัด

๑๒. เหตุผล/แรงบันดาลใจในการสมัครเข้าอบรมแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงอาชีวเวชศาสตร์

[illegible]

๑๓. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน/ดูงาน ในด้านอาชีพเวชศาสตร์

[illegible]

๑๔. ความมุ่งหวัง/เป้าหมาย หลังการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์

๑๕. ความสามารถพิเศษ (ภาษา, คอมพิวเตอร์, ฯลฯ) หรือกิจกรรมที่เคยทำมาในอดีต

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

(.....)

ผู้สมัคร

ลงวันที่.....

หมายเหตุ

๑. ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านนี้ ใช้เป็นการภายในสถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษาเท่านั้น ผู้สมัครต้องมีคุณสมบัติครบถ้วน และต้องปฏิบัติตามระเบียบการสมัครตามที่แพทยสภากำหนด
๒. ในหัวข้อ ๑๒ – ๑๔ ถ้าพื้นที่ไม่พอ ผู้สมัครสามารถเขียน/พิมพ์ในกระดาษอื่นเพิ่มเติม และแนบพร้อมใบสมัครได้
๓. ต้องยื่นหลักฐานต่อไปนี้ **ก่อนวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๘** (สามารถยื่นใบสมัครก่อนได้)
 - ใบสมัครแพทย์ประจำบ้านฯ
 - รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว โดยถ่ายไม่เกิน ๑ ปี (นับถึงวันปิดรับสมัคร) จำนวน ๒ รูป
 - สำเนาแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
 - สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - สำเนาประกาศนียบัตร/ใบรับรองผ่านการเพิ่มพูนทักษะตามหลักเกณฑ์ของแพทยสภา
 - หนังสือรับรอง/แนะนำผู้สมัครการปฏิบัติงานและทัศนคติขณะปฏิบัติงานจากหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าแผนก/หัวหน้าภาควิชาของโรงพยาบาลต้นสังกัดหรือโรงพยาบาลที่ทำงานปัจจุบัน จำนวน ๑ ท่าน และจากเพื่อนร่วมงาน จำนวน ๒ ท่าน
 - หนังสือรับรองต้นสังกัด (สำหรับผู้ที่มีต้นสังกัด)
 - หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การศึกษา ฝึกอบรม ผลงานวิชาการและกิจกรรมพิเศษ (Curriculum vitae) ของผู้สมัคร ได้แก่ ผลงานทางวิชาการ Presentation, Publication สำเนารางวัล เกียรติบัตรที่เคยได้รับ
๔. สามารถส่งใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน และเอกสารประกอบการสมัครด้วยตนเองได้ที่สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา กรมควบคุมโรค หรือทาง Email: ipm.ocemed@gmail.com ทั้งนี้ผู้สมัครต้องส่งเอกสารตัวจริงทั้งหมดมายังสถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา โดยส่งทางไปรษณีย์หรือส่งด้วยตนเองที่ สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา กรมควบคุมโรค ๘๘/๒๑ หมู่ ๔ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐