

ใบสมัครฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕
สำหรับแพทย์สังกัดสถาบันอื่นๆ และแพทย์อิสระ รอบที่.....

รูป ๒ นิ้ว
ติดรูปที่นี้ 2 รูป
(กรุณาใช้กาวติด)

(กรุณากรอกข้อความให้ถูกต้องและชัดเจนเพื่อประโยชน์ของผู้สมัครเอง)

๑.ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี ศาสนา.....สัญชาติ.....

หมายเลขบัตรประชาชน.....สังกัด.....(ระบุต้นสังกัด/อิสระ)

๒.สมัครฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในสาขาประเภท ที่

สาขาวิชา.....

๓.เลือกฝึกอบรม ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นลำดับที่

ลำดับที่ ๑ (.....)

ลำดับที่ ๒ (.....)

ลำดับที่ ๓ (.....)

๔.สถานที่ทำงาน/ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

๕.สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก.....เมื่อ พ.ศ.....

(กรณีถ้าจบ วพม.รุ่นที่.....)

๖.ฝึกปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ ๑ ปี ตั้งแต่.....ถึง.....ณ.....

๗.ประเภทการทดสอบความรู้ภาษาอังกฤษ.....คะแนนทดสอบ.....

๘.การฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-๑๙ ยี่ห้อ.....ครั้งที่ ๑.....ครั้งที่ ๒.....

สถานที่ในการฉีดวัคซีน.....

๙.หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อได้กรณีเร่งด่วน หมายเลขโทรศัพท์ของผู้สมัคร

โทร.มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

ผู้ติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน ชื่อ.....โทรศัพท์/มือถือ.....

ขอรับรองว่าถูกต้อง

ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

ตำแหน่ง

...../...../.....

*หมายเหตุ ใบสมัครนี้เป็นใบสมัครภายในของกรมแพทย์ทหารบกไม่ใช่ใบสมัครของแพทยสภา ดังนั้นแพทย์ผู้สมัครจะต้องเขียนใบสมัครของแพทยสภาและ
ส่งด้วยตนเอง ตามวันเวลาที่ แพทยสภา กำหนด ทั้งในรอบที่ ๑ และรอบที่ ๒

หลักฐานสมัครฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔

เอกสารประกอบด้วย

- () รูปถ่ายขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
- () สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน ๒ ใบ
- () สำเนาผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (Transcripts) จำนวน ๒ ใบ
- () สำเนาวุฒิบัตรที่สำเร็จการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาต่างๆ (กรณีสมัครฝึกอบรมสาขาต่อยอด)
- () หนังสือรับรอง (Recommendation)
- () ใบประเมินผลการฝึกปฏิบัติแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (พท.๓/๒)
- () ใบรับรองการฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-๑๙
- () ใบคะแนนผลการทดสอบความรู้ภาษาอังกฤษอย่างใดอย่างหนึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานความรู้ภาษาอังกฤษขั้นต่ำที่เข้ารับการศึกษาระดับคะแนนดังต่อไปนี้

ประเภทคะแนนทดสอบ	ระดับคะแนนทดสอบ
MU GRAD Plus (MU GRAN TEST + Speaking Section)	๔๐ ขึ้นไป
IELTS (Academic Module)	๓.๐ ขึ้นไป
TOEFL iBT	๓๒ ขึ้นไป
MU ELT	๘๔ ขึ้นไป

ติดต่อสอบถามได้ที่

คุณอติพร แหยมประเสริฐ (เตย)

โทร. 02-763-3128 วันและเวลาราชการ

ส่งเอกสารได้ที่

315 กองศัลยกรรม ชั้น ๗ (ฝ่ายสำนักงานเลขานุการแพทย์) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ถนน ราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐