

สมัครวันที่

ใบสมัครฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาอายุรศาสตร์ ความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับ

สมาคมออร์เวจซ์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ (รอบที่

(กรุณารอกข้อความให้ถูกต้องและชัดเจน เพื่อสิทธิและผลประโยชน์กับตัวผู้สมัครเอง)

(ติดรูปขนาด ๑ นิ้ว)

๑. ชื่อ - สกุล

๒. ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ)

ระบุชื่อต้นสังกัดถ้ามี ชื่อสังกัด

สังกัดอิสระ

๓. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../..... อายุ ปี เลขบัตรประชาชน

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

บ้านเลขที่ตามสำเนาทะเบียนบ้านสามารถติดต่อได้ ถนน

ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ E-mail

๔. เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ ว.....

๕. สถานภาพ โสด สมรส มีบุตรจำนวน คน

๖. สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจาก มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ.

คะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดปีการศึกษา (GPA)

๗. เลือกสมัครฝึกอบรม สาขาอายุรศาสตร์ ความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับ อันดับสถานที่ฝึกอบรมที่เลือก

(๑) (๒) (๓)

๘. ประสบการณ์การทำงานในต่างจังหวัดนานกี่ ปี สถานที่

สถานที่ สถานที่

๙. สถานที่ทำงาน/ปฏิบัติงานปัจจุบัน เลขที่

ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

๑๐. ฝึกอบรมอายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ

ตั้งแต่ ถึง ณ

๑๑. หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน หมายเลขโทรศัพท์ของผู้สมัคร มือถือ

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อกับผู้สมัครได้ ชื่อ มือถือ

หลักฐานที่ประกอบการสมัคร

() รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

() สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๒ ชุด

() สำเนาแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (Transcripts) จำนวน ๒ ชุด

() สำเนาใบปริญญาบัตร จำนวน ๒ ชุด

() สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบรหัส ว.) จำนวน ๒ ชุด

() ใบ Recommendation จากสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (๒ ท่าน) จำนวน ๑ ชุด

() สำเนาอนุมัติบัตรจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ

จำนวน ๑ ชุด

ลงชื่อ (ผู้สมัคร)

(.....)

วันที่