

ใบสมัครแพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ใช้ทุน สาขาจิตเวชศาสตร์

ประจำปีการศึกษา 25.....

เลขที่.....

(โปรดเขียนตัวบรรจง)

เขียนที่.....

วันที่.....

ชื่อ.....ชื่อสกุล.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

ชื่อสกุลเดิม.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.สัญชาติ.....

เชื้อชาติ.....ศาสนา.....สถานภาพ คู่ หม้าย หย่า

ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่สามารถติดต่อได้ทันทีและหากมีการเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งที่อยู่ใหม่ให้ภาควิชาทราบด้วย)

เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

E-mail.....

สถานที่ปฏิบัติงานของผู้สมัคร.....

ชื่อบิดา.....อาชีพ.....

ที่อยู่.....

ชื่อมารดา.....อาชีพ.....

ที่อยู่.....

ชื่อสามีหรือภรรยา.....อาชีพ.....

การมีบุตร ไม่มีบุตร มีบุตร.....คน กำลังตั้งครรภ์.....เดือน

วุฒิการศึกษาและการปฏิบัติงานของผู้สมัคร

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อ พ.ศ.....จากสถาบัน.....เกรดเฉลี่ย.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....

วุฒิอย่างอื่น (ถ้ามี).....

ปฏิบัติตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ ที่ โรงพยาบาล.....

ตั้งแต่.....ถึง.....

ได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วย(ทำเครื่องหมาย / ใน เฉพาะข้อที่ต้องการ) คือ

- ใบประเมินผลการศึกษา(Transcript) จำนวน 1 ฉบับ
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้จัดศูนย์ฯ จำนวน 1 ฉบับ
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานด้านจิตเวชศาสตร์ จำนวน 1 ฉบับ
- เรียงความเรื่อง “ชีวิตของฉัน” จำนวน 1 หน้า
- รูปถ่าย ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 ใบ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร